Fisioterapia

Revista de l'Il·lustre Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

al dia

www.colfisiocv.com

La evidencia científica en Fisioterapia

Vol. VII nº4 desembre 2011

IL.LUSTRE COL.LEGI OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Por ser del Colegio de Fisioterapeutas



Tienes Condiciones excepcionales en Mutua Madrileña

Seguro de auto

50% de descuento

y todas las ventajas de Autoclub:

- Recuperación de puntos.
- Asistencia en carretera.
- Multas.
- Revisión gratuita.
- Descuentos en talleres.

Para beneficiarte de estos descuentos llama al 902 140 555 o al 915923 137 y facilita el Código Colectivo 10460268

Recuerda que tienes también un **seguro de Salud de Aresa** con estas ventajas:

- Sin copagos.
- Incluye seguro dental.

Infórmate llamando al 656 88 05 25 o escribe un mail a djorda@segurdasi.com





s aff

Fisioteràpia al dia

EDITA

Il.lustre Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

D. Juan López i Boluda

COMISSIÓ DE PREMSA

Director: José Àngel Gonzàlez i Domínguez Subdirectora: Marta Aguilar Rodríguez Directora tècnica: Elisa Aguilar i Plà Delegacions: Sergio Hernández i Sánchez (Alacant), Vicenta Díaz (Castelló), Eva Segura i Ortí (València)

PRECOL, LEGIATS

Paula San Ruperto i Ferrer

REDACCIÓ

Elisa Aguilar i Plà, Álvaro Vilanova i Giner, Jaime Gascó i López de Lacalle, UNIVERSIDAD DE VALENCIA: Marta Aguilar i José Casaña - UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA: Jorge Alarcón - UNIVERSIDAD CEU-CARDENAL HERRARA: Juan José Amer, Gemma Biviá i José Lendoiro - UNIVERSIDAD CEU-CARDENAL HERRERA (ELCHE): Yolanda Noguera UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ: Mª Carmen Lillo i Emilio Poveda

COMISSIÓ CIENTÍFICA

Manuel Valls i Barberà Javier Montañez i Aguilera Marisa Bataller i Richard José Vicente Toledo i Marhuenda José Lendoiro i Salvador Arancha Ruescas i Nicolau

COL.LABORADORS

Xavier García-Massó, Sergio Hernández, Celedonia Igual Camacho, Irene Arlén Granell, Beatriz Gisbert, Ma Nieves Diego, Pilar Serra, Ana Garés, Eva Segura, Jaime Martínez, Carlos Martínez, Juan Carlos León, María Álvarez y Encarna Rubio, Sara Alcántara, Cristina Albors, David Llorens, Sergio Hernández, Aurora Galindo, Margarita Sabater, Mª José Vidal.

PORTADA

ICOFCV

Agradecemos la colaboración del equipo de fisioterapeutas de l'Hopistal Universitari La FE.

REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ

C/ San Vicent Martir, 61 pta 2 C.P 46002 VALÈNCIA T: 96 353 39 68 F: 96 310 60 13

E: administracion@colfisiocv.com fisioterapialdia@colfisiocv.com

W: www.colfisiocv.com

Depòsit Legal: V - 1930 - 2001

ISSN: 1698-4609

L' ICOFCV no es fa responsable de les opinions expressades pels seus col·laboradors en els articles publicats en esta revista. Tots els articles es publiquen en funció de la llengua en què és presentat l'original pel seu



Editorial

Sergio Hernández Sánchez Profesor del Área de Fisioterapia de la Universidad Miquel Hernández.

Estimados lectores:

Tal como apuntaba nuestra compañera Dña. Marta Aguilar en el editorial del anterior número de la revista, estamos presenciando y viviendo un momento de gran cambio para la Fisioterapia.

El hecho de tener acceso a nuevos horizontes académicos (máster oficial), y la posibilidad de realizar una tesis doctoral a raíz de la reforma universitaria en la que estamos inmersos, implica un gran logro sin precedentes en Fisioterapia. Sin embargo, no es menos importante la gran responsabilidad que conlleva para TOD@S los que trabajamos en esta profesión. Es la oportunidad de pasar de ser meros usuarios de la información científica a ser productores de tales evidencias. Tenemos en nuestras MANOS la posibilidad de hacer ciencia y crear evidencias que muestren a todos que lo que llevamos haciendo mucho tiempo, funciona.

Durante los primeros años en que se escuchaba hablar de las Ciencias de la Salud basadas en la evidencia, aparecieron críticas a este concepto, entendiendo de forma pevorativa su finalidad. Por ello, quizás sea adecuado aclarar que basar la práctica clínica en pruebas o evidencias de calidad, no implica hacer solo lo que dicen los artículos de investigación sin más. Ni mucho menos.

Entendamos, por favor, la Fisioterapia basada en la evidencia de forma global y completa, como el uso racional de la mejor evidencia posible, según la experiencia clínica y el conocimiento de las preferencias del paciente y para recomendar el tratamiento correcto, en el momento oportuno y para el paciente indicado. Todo este proceso implica, en primer lugar, reflexionar sobre la información necesaria a partir de un problema clínico. Posteriormente, realizar una búsqueda sistemática de la información, para su posterior análisis crítico, para finalmente aplicar las conclusiones obtenidas a la práctica, considerando, por supuesto, la experiencia profesional y las circunstancias personales del paciente.

El calificativo "profesional de la salud", implica que el fisioterapeuta debe poseer unas cualidades básicas intelectuales e interpersonales y así como una serie de habilidades técnicas. Pero también significa que sus decisiones clínicas están refrendadas y basadas en la mejor información científica disponible del momento, y es por ello por lo que se diferencia de otros agentes, que incluso sin reconocimiento oficial o legal aplican procedimientos físicos para la recuperación de la salud.

Y es ahora cuando cada uno de nosotros, puede contribuir a generar esas evidencias o pruebas de alta calidad, que por un lado, servirán para consolidar los procedimientos que hace años surgieron de la experiencia clínica o de forma empírica, y por otro a dotar de mayor solidez a la disciplina que representamos.

Sin embargo este proceso no está exento de limitaciones y dificultades, como pueden ser la falta de tiempo o habilidades para buscar y analizar la información por parte de los profesionales o la ausencia de estudios de alta calidad científica sobre los que sustentar una intervención.

Las guías de práctica clínica, son elementos que pueden facilitar todo este proceso, pues se constituyen como documentos, donde todo este análisis se ha realizado por expertos, y se muestran de forma operativa las conclusiones del proceso para su aplicación sobre una determinada patología o situación clínica.

Como se puede apreciar, la incorporación de la práctica basada en la evidencia a nuestro quehacer cotidiano no es un proceso automático sencillo. Más bien al contrario: requiere un gran esfuerzo consciente y colectivo en un nuevo intento por elevar a la Fisioterapia a los niveles que se merece, y por supuesto para lograr la mejor atención de nuestros usuarios.

Os animo a tod@s a aprovechar esta maravillosa oportunidad que tenemos delante para poder contribuir a dotar de mayor rigor a nuestra disciplina.

Mucho ánimo y muchas gracias.





- 6. Informació col·legial
- 42. ONG
- 44. Formació
- 46. Parlem amb
- 49. Racó del llibre
- 51. Visió Perifèrica
- 54. Racó històric
- 56. Les Nostres Teràpies
- 58. Ejercici lliure de la professió
- 60. Article científic
- 66. Fisioteràpia en atenció primària
- 71. Atenció Primerenca
- 73. Agenda
- 74. Tauler
- 78. Benvinguts
- 79. Tarifes
- 80. Entitats col·laboradores



Carta de la Dirección de Fisioteràpia al dia



Queridos amigos:

En el número anterior de Fisioteràpia al dia le dimos la bienvenida a los nuevos egresados en Fisioterapia, y dijimos que el Grado abría una nueva etapa para la profesión con una serie de cambios y novedades.

Un ejemplo que ilustra este nuevo contexto como sinónimo de progreso y futuro es poder hablar de la evidencia científica en Fisioterapia.

Que nuestra profesión pueda basarse en la evidencia, refleja el rigor científico que finalmente se ha conseguido con la llegada de los títulos de Grado. Hasta la fecha, es posible que muchos fisioterapeutas no hayáis tenido más remedio que basar la práctica clínica en lo recomendado en los libros de texto clásicos, en la opinión de las autoridades científicas; en el sentido común o la experiencia personal ganada con los años de ejercicio. Con la adquisición de nuevas competencias hacia el buen hacer científico que implica el Grado, la profesión da un gran paso para que la integración y la conjunción de la experiencia clínica personal y la mejor evidencia científica clínica sea una garantía de buena práctica clínica necesaria para afianzar nuestra profesión de manera válida y fiable a la hora de afrontar los problemas cotidianos de nuestros pacientes.

En el **editorial**, Sergio Hernández habla de las nuevas responsabilidades de ser profesional de la salud y la oportunidad de pasar de ser meros usuarios de la información científica a producir evidencias y demostrar que lo que hacemos, funciona.

En el parlem amb, Dña. Celedonia Igual Camacho explica cómo la estrenada Facultad de Fisioterapia fomenta el desarrollo de inquietudes investigadoras entre sus estudiantes y valora la incorporación del título de Grado como el punto de inflexión para el crecimiento de la investigación en Fisioterapia.

El **Racó Històric** de José Ángel González dedica su sección al Dr. Felipe Querol, compañero que mejor representa la evidencia científica de la Fisioterapia. Es formador, historia activa de la Fisioterapia y no escatimamos en halagos cuando hablamos de un pionero investigador de la Comunidad Valenciana, a quien agradecemos que dejara la idea ser contable y siguiera los pasos de su padre.

En la sección **Fisioteràpia en Atenció Primària**, tres compañeras fisioterapeutas, Aurora Galindo, Margarita Sabater y Mª José Vidal nos presentan un doble programa de suelo pélvico en relación al embarazo con la idea de ponerlo en práctica en todos los centros y mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas mediante la Fisioterapia.

En Atenció Primerenca, los fisioterapeutas pediátricos del Hospital Universitari la Fe, Juan Carlos León, María Álvarez y Encarna Rubio explican los beneficios de trabajar con el método de Madre Canguro en una unidad de neonatología. Este término deriva de las similitudes con los cuidados materno-filiales en los marsupiales y facilita el contacto temprano del prematuro con la madre.

Sara Alcántara y Cristina Albors nos presentan en el **article científic** ejercicios terapéuticos para prótesis de cadera y concluyen que habría que investigar más para que la rehabilitación del paciente operado de prótesis de cadera fuera 100% satisfactoria.

José Lendoiro, en su **Racó del Llibre**, extrae cuatro reseñas de las últimas novedades en publicaciones sobre Fisioterapia: "Exercise and disease management", "Burn rehabilitation: an issue of physical medicine and rehabilitation clinics", "Exercise and chronic disease: an evidence-based approach" y "Neuromuscular aspects of sports performance".

La Visión periférica de José Polo, es capaz de visionar "Entre gordos y flaquezas" la responsabilidad ética y profesional que tiene el fisioterapeuta de salvaguardar la salud de quienes sufren un problema cada vez más habitual en nuestra sociedad, la obesidad.

El equipo de redacción de Fisioteràpia al dia aprovecha la oportunidad para desearle unas felices fiestas navideñas y feliz año nuevo 2012 con el deseo de seguir trabajando y mejorando para ofrecerle contenidos de su interés.

Al cierre de esta edición, el ICOFCV ha conocido la noticia del fallecimiento de D. Mariano Baeza, a quien nuestra institución homenajeó por su trayectoria profesional como fisioterapeuta en la II Gala de la Salud de Alicante.

Desde el ICOFCV nuestro más sincero pésame a toda su familia y amigos. Descanse en paz.

Recibid de nuestro equipo un afectuoso saludo.

D. Luis Rosado, nuevo Conseller de Sanitat

EL EX SECRETARIO AUTONÓMICO SUSTITUYE A D. MANUEL CERVERA

En el día de la toma de posesión de su nuevo cargo D. Luis Rosado ha destacado que "su equipo de trabajo va a trabajar codo con codo para mantener el listón bien alto en todos los sentidos y conseguir que la sanidad valenciana siga siendo un referente en nuestro país y fuera de él contribuyendo a mantener la sostenibilidad del sistema Nacional de Salud".

Para el Sr. Rosado la principal tarea de su departamento es "trasportar los logros obtenidos al futuro y hacerlo con la implicación de los profesionales y la corresponsabilidad de los ciudadanos". Así, ha expresado su intención de "trabajar estrechamente con todos los sectores implicados, entre ellos los Colegios Profesionales".

Recordar que en su anterior cargo, el Sr. Rosado mantuvo una reunión con el decano cuyo principal tema a tratar fue la necesidad de evitar la fuga de profesionales fisioterapeutas al extranjero. En su momento, el nuevo conseller reconoció que "cada vez las instituciones se están dando más cuenta que hay que disminuir la medicalización en la asistencia y centrarse en los cuidados, algo parecido a lo que ocurre en Francia". Ambos representantes se comprometieron a llegar a un

acuerdo para que los fisioterapeutas valencianos tengan más oportunidades de empleo y no se marchen a trabajar a otras comunidades o al extranjero.

La Junta de Gobierno del ICOFCV felicita al nuevo conseller y a todo su equipo de trabajo por este nombramiento, y espera que siga apostando, como ya lo hiciera en marzo, por la profesión de fisioterapeuta como "la profesión sanitaria más importante para evitar que el paciente llegue al hospital"



El decano se reunió con el sr. Rosado en su etapa como secretario autonómico de la Conselleria de Sanitat.

El Día Mundial de la Fisioterapia hizo "memoria" de los Fisioterapeutas Jubilados

EL HOMENAJE CERRÓ EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA CELEBRAR ESTE DÍA EN NUESTRA COMUNIDAD



Los asistentes aplaudieron la gran exposición sobre la Memoria que dio Juan Andrés Martínez

Había que poner broche final al programa de actividades que el ICOFCV había llevado a cabo para celebrar el Día Mundial de la Fisioterapia en nuestra Comunidad, y la sede de Valencia se vistió de largo para homenajear a los profesionales que durante toda una vida han hecho que la Fisioterapia haya alcanzado, en palabras de Dña. Vicenta Fortuny, secretaria del ICOFCV su "máximo grado".

Para el acto celebrado el pasado 27 de octubre, el ICOFCV preparó un emotivo homenaje.

Era un día para hacer memoria de todo lo vivido, de todo lo conseguido, y recordar el trabajo que fisioterapeutas anónimos han dado a la Fisioterapia, hecho que fue reconocido por la Sra. Fortuny porque "con su granito de arena se ha conseguido que seamos una profesión respetada en el ámbito de la sanidad".

Antes de dar paso a la charla, el primero en hacer memoria fue D. Manuel Valls al presentar a D. Juan Andrés Martínez.

Lo definió como "fisioterapeuta inquieto (...) que nunca se ha acomodado y (...) conformado con nada". Buena prueba de ello es su extenso currículum: Fisioterapeuta, Diplomado en Enfermería; Especialista en Radiología, Laboratorio, en Seguridad, en Higiene, en Ergonomía y Psicosociología y técnico en Prevención de Riesgos Laborales.

Una vez presentado, D. Juan Andrés Martínez comenzó su intervención reconociendo que a él la memoria le ha interesado desde la juventud, y cree que quizás "todo haya sido una premonición pensando que un día sería mayor y podía perderla".

La charla que regaló a los presentes titulada "La memoria: qué es, dónde reside, cómo se pierde. Ejercicios para recuperarla" es el fruto de más de 35 años documentándose sobre un tema, del que opina hay un desconocimiento a nivel general: "Lo que está deteriorado no se puede recuperar, pero como fisioterapeuta, la prevención vive en mí y aunque no podamos restaurar un pie que va a perderse, le podemos dar movilidad, (...) y llegar a caminar. Con la memoria sucedería algo parecido".

La charla que regaló a los presentes es fruto de más de 35 años documentándose.

A lo largo de su intervención, el Sr. Martínez destacó la importancia de entrenar la memoria. Explicó que el tejido nervioso hay que estimularlo para que desarrolle su máxima capacidad, de la misma manera que un individuo estimula los músculos para conseguir buenas marcas deportivas, y que pese al paso del tiempo, "la memoria siempre deja huellas, jamás se pierde y el problema reside en la dificultad para recuperarla".



La memoria siempre deja huellas, jamás se pierde y el problema reside en la dificultad para recuperarla

El Sr. Martínez también expuso la ubicación de la memoria y su clasificación.

Puso el acento en la memoria mecanizada que, como bien saben los fisioterapeutas, se ubica en el cerebelo y ahí es donde el individuo guarda los automatismos para que el organismo haga menos esfuerzos y el cerebro ahorre energía.

En cuanto a su clasificación, la memoria se clasifica a corto, a medio y largo plazo y la información, comenta el Sr. Martínez, que se memoriza en función del número de conexiones que realicen las neuronas en el cerebro.

Continuó explicando que todo organismo viviente tiene memoria. En los animales se llama instinto y puso un par de ejemplos para explicarlo. Hay aves que pueden comer dentro de la boca de los cocodrilos, y peces que acompañan a los tiburones sintiéndose protegidos y lo hacen porque por instinto lo han aprendido así. Y esto mismo dijo sucederle al hombre. Éste también ha pasado por una fase arcaica de

la memoria y para evolucionar ha tenido que confiar en su instinto y la memoria es lo que ha permitido transmitir lo aprendido de forma automática.

Para cerrar la charla, utilizó el color de las monedas de 1 ó 2 euros o el texto de las cajetillas de tabaco para explicar que los seres humanos sólo prestamos atención a aquello que nos interesa, y sólo cuando ocurre esto aumentan las interconexiones, y por tanto esto se fija en la memoria y es más fácil recordarlo o aprenderlo.

El Sr. Martínez utiliza el símil de la escalera para hacer entender que cuanto más arriba está el peldaño de nuestra concentración o de nuestra memoria, muchas más cosas podemos divisar y aprender.

El verbo fijar es uno de sus preferidos. La gran cantidad de acepciones hace que se pueda emplear en infinidad de frases con significados muy diferentes. Y así es como le hizo ver a los presentes que en muy importante fijarse en todo: "Si no nos fijamos en nada no vamos a

Es una mala orientación que la gente ponga la excusa de que tiene muchas cosas en la cabeza para no querer más. Los puzzles o sudokus son buenos ejercicios para hacer que el cerebro trabaje, y las rutinas o los hábitos son el secreto para recordar.

tener memoria. Para él es una mala orientación que la gente ponga la excusa de que tiene muchas cosas en la cabeza para no querer más. En este sentido Juan Andrés fue muy rotundo y repitió en varias ocasiones que "lo primero que tenemos que hacer es utilizar más la memoria, (...) no se gasta y cuanto más se utiliza, más se recuerda".

Finalmente, recomendó el sistema de la asociación como el mejor para fijar la memoria, no olvidarse de las cosas y aprender más rápidamente por analogía o asociación de ideas. Los puzzles o sudokus son buenos ejercicios para hacer que el cerebro trabaje, y las rutinas o los hábitos son el secreto para recordar todo en cualquier momento o situación.

Quiso concluir su intervención citando a Ramón y Cajal: "Todo ser humano si se lo propone, puede ser escultor de su propio cerebro".

El Sr. José Ángel González tomó la palabra y tras felicitar a todos los homenajeados, y en especial a D. Juan Andrés por su exposición, hizo un repaso de la vida de los 6 galardonados mostrando un documento audiovisual regalo suyo y de

su mujer Dña. Mª José Llácer: "Ha sido un placer hacer un esfuerzo de memoria y, elaborarlo, una experiencia magnífica."

El sr. González excusó la ausencia de los también homenajeados Víctor Manuel Casanova y Vicente Alonso Miralles que no pudieron asistir por diferentes motivos.

Para cerrar el acto, en nombre de la Junta de Gobierno de la institución, el decano D. Juan López Boluda hizo entrega de las placas conmemorativas, y de cada uno de los homenajeados mencionó unas palabras de agradecimiento por la "huella" que han dejado en la Fisioterapia.

Además, en nombre también de la Junta de Gobierno, el Sr. decano aprovechó el acto para felicitar y darle el reconocimiento que se merece a la Facultad de Fisioterapia y a su primera decana, Dña. Celedonia Igual Camacho

Reconocimiento a la Facultad de Fisioterapia y a su primera decana, Dña. Celedonia Igual Camacho.



Vicente Barreda Meseguer Siempre has estado presente en la institución. Muchas gracias por tu trayectoria.



José Plaza Caravaca Toda su vida profesional dedicada al Hospital La Fe.



José María Llinares Sempere

Casi es paisano mío, alcoyano. Gracias por el trabajo que has desempeñado.



Juan Andrés Martínez Cabezas

Ha estado desde la creación de la Fisioterapia en Valencia y formando día a día a los profesionales que

trabajan con él. Aunque se jubile, seguirá seguro profesionalmente activo.



Manuel Valls Barberá Al gran profesor que hemos tenido casi todos.



José Vicente Cantavella Lainez Siempre representando al Colegio y dejando el pabellón muy alto.

EL QUIROMASAJISTA ES UN INTRUSO





Exige un profesional fisioterapeuta para cuidar tu salud

SEGURO DE SALUD MEDIFIATO

Asistencia médica completa sin copagos

- Todas las especialidades médicas sin pagos adicionales por visitas u otros servicios médicos.
- Acceso a todo tipo de visitas, consultas, pruebas, reconocimientos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, hospitalización.
- Total libertad para escoger los centros y profesionales de nuestra guía médica sin listas de espera.
- Atención personalizada y total comodidad en caso de hospitalización.
- Urgencias (a domicilio y en centros hospitalarios) y segunda opinión médica.
- Revisión ginecológica desde el primer día y estudio de la esterilidad e infertilidad.
- Higiene dental anual gratuita.
- Asistencia de urgencia en viajes al extranjero.
- Club Salud FIATC con servicio de psicología, logopedia, cirugía estética, homeopatía, naturopatía, reproducción asistida, balnearios, etc.
- Póliza dental para menores de 14 años





Para el colectivo

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

(y sus cónyuges e hijos).

Para más información:

Flche **Alicante** 965 124 900 965 426 717 Castellón 964 225 070 Valencia 963 911 055



EDAD

PRIMA (persona/mes)

0 - 65

40,10€

Es necesario estar colegiado para tener derecho a esta oferta.





La Fisioterapia aplicada a la música en ORPROtec

LA ACTIVIDAD FORMABA PARTE DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEL DÍA MUNDIAL DE LA FISIOTERAPIA



El decano inuaguró las actividades de la Plaza Activa de Orprotec

La Feria Internacional dedicada a la rehabilitación y autonomía personal-ORPROtec cerró sus puertas el sábado 22 de octubre con los deberes hechos.

Esta 11ª edición ha escenificando con éxito el nuevo enfoque multidisciplinar que prometía, y todo ello gracias a las actividades científico-formativas que se organizaron paralelamente a la exposición comercial de las últimas novedades que presentaron las empresas del sector de la rehabilitación y la autonomía personal.

Esta vez, y según su presidente D. José Luis Navarro, han querido resaltar el proceso que desarrolla una persona desde que sufre una patología o lesión hasta que llega a ser lo más autónomo, e incluir conceptos como rehabilitación, capacitación e inclusión social. Sólo de esta manera se involucra a todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la rehabilitación y de la autonomía personal, entre los que se encuentran los fisioterapeutas.

Como parte activa de este proceso, los fisioterapeutas que acudieron a la cita tuvieron la ocasión de visitar el stand que el ICOFCV diseñó para esta nueva edición de ORPROtec.

Días antes de la celebración, nuestra institución quiso conocer la opinión que el colectivo tenía sobre el certamen y el 92% opinó que ORPROtec es un evento interesante. Verbos como "conocer", "informarse", "renovarse" "mejorar" o "actualizarse" son los que utilizaron más del 76% de los encuestados al responder sobre la utilidad de visitar la Feria para su desarrollo profesional, por diferentes motivos: encontrar las últimas novedades en el ámbito de la Fisioterapia, conocer los avances en ortopedia y ayudas téc-

nicas, ponerse en contacto con empresas del sector, entre otras.

Hubo otras instituciones presentes representando a sus profesiones, pero no hay duda que el ICOFCV fue una de las más activas.

El espacio creado en la Plaza Activa del certamen, con aforo para 50 personas, fue instalado exclusivamente para que el ICOFCV desarrollara en él las charlas y talleres sobre Fisioterapia aplicada a la Música, actividades que formaban parte del programa de actividades del Día Mundial de la Fisioterapia.

Paralelamente a las diferentes actividades que se organizaron en el centro de eventos, como por ejemplo, las Jornadas sobre daño cerebral, el ICOFCV ofrecía la posibilidad de conocer cómo la Fisioterapia puede aplicarse a la música para que el músico transmita el arte que lleva dentro, que tal y como señaló la fisioterapeuta y músico, Amparo Domingo, se puede conseguir "mediante una postura correcta, distribuir la energía y no malgastarla usando músculos y articulaciones innecesarias con el fin de encontrar una simbiosis entre el cuerpo del músico y el instrumento".

Durante cinco horas, distribuidas en sesiones de mañana y tarde, la fundadora del Centro de Prevención en Artes Escénicas de Barcelona, Ana Velázquez, expuso de manera teórico-práctica la necesidad de enseñar conciencia corpo-

El colectivo opinó que ORPROtec es un evento interesante. ral al paciente y que éste aprenda a saber qué tiene que sentir y cómo lo tiene que sentir.

Este proceso implica dar un paso hacia un nivel superior. En opinión de la experta, el trabajo del fisioterapeuta no sólo tiene centrarse en tratar una tendinitis o una contractura causada, por ejemplo, por el diseño del instrumento, sino buscar la valoración global del músico con y sin el instrumento y enseñar al músico a que tenga conciencia de su propio cuerpo. En palabras de Velázquez, conseguirlo es hacer que el paciente "tenga ojos que escuchen y oídos que miren" porque el músico toca con todo el cuerpo.

Según un estudio, la profesión de músico cuenta con un mayor número de lesiones. En España el 75% de los músicos se lesiona alguna vez a lo largo de su vida activa y un 33% detiene su carrera por este motivo. La experta comenta que los músicos hacen lo que sea para seguir tocando y muchos tocan aún sintiendo dolor, hecho que disminuye su calidad artística. También apunta que hoy en día, no existe una asignatura de educación corporal en los conservatorios y debería existir para que la acumulación de horas no sea la antesala de una lesión sino el reflejo de su potencial artístico.

Toda esta teoría se plasmó en los talleres con la aplicación práctica para trabajar la conciencia corporal del músico con y sin instrumento. Tal y como ejemplificó la fisioterapeuta Velázquez con la ayuda de la músico Amparo Domínguez es todo un proceso que implica miembro inferior y superior, tanto de pie como sentado; o incluso el control de la respiración o la sujeción del instrumento.

La otra experta en salud musical, la fisioterapeuta Alma Paula Aranda centro su ponencia en la importancia de implantar programas de prevención en las escuelas musicales de formación infantil. Con diferentes materiales, la Sra. Aranda quiso que los presentes vivenciaran ejercicios flexibilizantes, estiramientos, calentamiento o enfriamiento activo, con materiales que ella mismo aportó y asegura que "esto particularmente les gustó mucho".

Ambas fisioterapeutas coinciden con el decano en que no son muchos los profesionales especialistas en este campo.

Para Alma Paula la figura del fisioterapeuta es el gran desconocido para el músico, pero mantiene la esperanza de que esta situación cambie en unos años y que todos los centros educativos y profesionales incluyan a los profesionales sanitarios.

El trabajo del fisioterapeuta no sólo tiene que centrarse en "tratar una tendinitis o una contractura" sino "buscar la valoración global del músico con y sin el instrumento



El escenario preparado para la ocasión sirvió para que la plaza activa del certamen albergara las actividades del ICOFCV.



La fisioterapeuta Alma Paula centró su charla en la necesidad de prevenir lesiones en las escuelas musicales.



El uso del vendaje neuromuscular volvió a ser protagonista con la charla que ofreció D. Jaime Martínez.



D.Carlos Villaron analizó la marcha de una voluntaria con el Biofoot.



Ana Velázquez expuso de manera teóricopráctica la necesidad de enseñar conciencia corporal con y sin el instrumento.

El Colegio está organizando cursos y formando a los profesionales con el fin de abrir este importante nicho de mercado, sobre todo en una ciudad con tanta tradición musical como es Valencia.

El Decano, que inauguró estas sesiones, comentó que el objetivo de la institución es llegar a organizar un curso cada tres meses y formar a fisioterapeutas en este campo para que puedan ofrecer la valoración global y no puntual que exige esta profesión.

la Plaza Activa del certamen, fue instalado para que el ICOFCV desarrollara charlas y talleres sobre Fisioterapia aplicada a la Música.

El taller de análisis de la marcha con Biofoot y el de vendaje neuromuscular cerraron las actividades organizadas por el ICOFCV con motivo de la Feria ORPROtec.

El fisioterapeuta y profesor de la Universidad Católica de Valencia, Carlos Villarón con la ayuda de una voluntaria analizó la huella plantar de ambos pies con las plantillas eléctricas diseñadas por el Instituto de Biomecánica de Valencia. Explicó que la plantilla se introduce en la zapatilla teniendo que quedar bien ajustada para que el test sea positivo y detecte cada punto de apoyo.

Tras la medición, el programa ofrece una imagen con todos los puntos de presión en la zona plantar que permite valorar la cantidad de apovo que existe en cada zona del pie. Con esta información el fisioterapeuta puede actuar v variar los apoyos que no son buenos empleando, por ejemplo la técnica del vendaje neuromuscular.

Trabajar la conciencia corporal del músico con y sin instrumento es todo un proceso que implica miembro inferior y superior.

Por otro lado, D. Jaime Martínez habló sobre el vendaje neuromuscular haciendo un repaso de su historia, de sus particularidades, pero sobre todo habló del uso que pueden darle los fisioterapeutas para mejorar las dolencias de sus pacientes y con un ejemplo aplicó el uso del vendaje en el caso particular de una dolencia por sobrecarga.

Allí donde se cuida la salud, el ICOFCV aprovecha para transmitir a la ciudadanía los beneficios de los tratamientos fisioterápicos, y la Feria ORPROtec ha sido el entorno ideal para dar a conocer el trabajo de los fisioterapeutas en la prevención de lesiones y mejora del bienestar.

Agradecemos el interés de los fisioterapeutas que se acercaron a la zona que la organización del certamen dispuso para el ICOFCV, cuyo stand fue colocado junto al de las empresas Herycor, Enraf Nonius y Sanro Electromedicina.

Uno de los productos de esta última empresa también estuvo presente en la zona activa del certamen y el Dr. Ángel Herrero de Lucas habló sobre la Terapia con ondas de Choque con aparatología cedida por esta empresa

El taller de análisis de la marcha con Biofoot analizó la huella plantar con las plantillas eléctricas diseñadas por el Instituto de Biomecánica de Valencia.



El decano saludó al director General de Farmacia y Productos Sanitarios, José Clériques en el stand del ICOFCV.



La última charla sobre ondas de choque cerró el programa de actividades de la 11^a edición de Orprotec.



Paralelamente se celebraron otros eventos como la Jornada de daño cerebral.



El stand del ICOFCV estuvo acompañados por diversas empresas comerciales.



Numerosos fisioterapeutas se acercaron a visitar el stand del ICOFCV en ORPROtec.



CLINIC MASTER

Unidad de diagnóstico para evaluar la evolución de las lesiones.

Más de 60 indicaciones

Gran poder analgésico y de regeneración y recuperación de tejidos mediante los electrodos de mano.

Usado por deportistas de élite.

Compatible con implantes.

Posibilidad de dar masajes con microcorrientes via pulseras conductoras de forma inocua para el terapeuta.

Resultados visibles en la primera sesión.

Tres formas de aplicación.



Si desea comprobar los efectos de Clinic Master, póngase en contacto con nosotros y le haremos una demostración sin ningún compromiso.





THUMBSAVERS
Herramienta de masaje
para evitar la rizoartrosis
del terapeuta.

Helios Garcerá, Surfista Valenciano. Utiliza Clinic Master para recuperarse de sus lesiones. Lugar: Port Saplaya.

El fisioterapeuta Mariano Baeza premiado por su trayectoria profesional en la II Gala de la Salud

La Unión Profesional Sanitaria de Alicante (UPSANA), de la que es integrante el Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana, ha hecho entrega de 21 galardones a distintas personalidades del mundo sanitario que han destacado dentro de su ámbito de actuación.

Para nuestro colectivo, el premiado de esta segunda edición ha sido Mariano Baeza, quien recibió el premio por su trayectoria profesional como fisioterapeuta de la mano del decano, D. Juan Lopez Boluda, en el escenario del Auditorio de la Diputación de Alicante (AADA) el pasado 4 de noviembre.

Al acto acudieron los máximos representante de la Sanidad. Por un lado, la Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín, instó a cuidar al colectivo sanitario y remarcó que "no hay nada más importante que las profesiones sanitarias". Y por otro, el conseller de Sanitat, Luis Rosado, destacó la labor, esfuerzo y compromiso de los profesionales sanitarios de Alicante que día a día prestan a los ciudadanos.

Para el presidente de UPSANA estos premios nacen con vocación de futuro, "prueba de ellos es que celebramos este año la segunda edición".

En esta ocasión, el acto estuvo respaldado por cerca de un millar de personas y diferentes personalidades y cargos públicos de la Conselleria de Sanitat, así como de otras instituciones de la provincia de Alicante.

Premio a la Trayectoria Profesional

IN MEMORIAM

Mariano Baeza Mendiola, se inicia en el mundo de la Salud, titulándose al igual que su padre, como practicante en la Facultad de Medicina de Barcelona en 1950 y pocos años después, da sus primeros pasos como fisioterapeuta, siendo



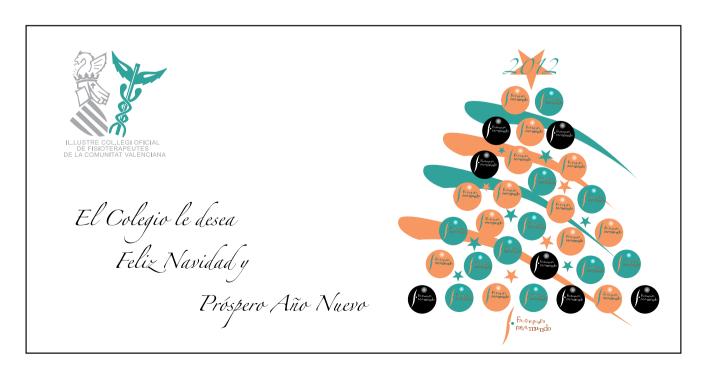
en 1971, después de numerosos cursos formativos asistenciales entre Alicante y Barcelona, y poco antes de que empezara a reglarse académicamente la profesión en España, cuando obtiene su título de fisioterapeuta.

Durante estos años, asiste, entre otros muchos eventos, al congreso de la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) en 1969, como socio-fundador nº 35 y al VII Congreso Mundial de Fisioterapia (1974), celebrado en Montreal (Canadá), el cual suponía la entrada de nuestro país en la institución internacional más relevante para esta profesión: la Word Confederation for Physical Therapy. Siendo ambos eventos más que significativos para los profesionales de la época, que daban pasos de gigante en sus miras profesionales.

Baeza, se inicia como fisioterapeuta, trabajando para mutualidades como las de Riegos de Levante e Hidroeléctrica e inaugura a mediados de los setenta, su propio centro de fisioterapia en su ciudad natal, Elche y finalmente, destacar su trabajo como fisioterapeuta de numerosas alineaciones del Elche C.F. a lo largo de su carrera.

Desde El ICOFCV nuestro más sincero pésame por su reciente fallecimiento a la edad de 80 años.

Gracias por tu dedicación. Descansa en paz



Fad



D. Mariano Baeza, premiado por el ICOFCV por su trayectoria profesional como fisioterapeuta.





Los asistentes pudieron disfrutar de un vino de honor



El decano entregó el galardón en el Audiotorio de la Diputación de Alicante.



Juan López Boluda entrega el premio a Mariano Baeza



Luis Rosado, nuevo conseller de Sanitat.



Muchos fueron los asistentes al <mark>auditorio p</mark>ara presenciar la II Gala de la Salud.

La investigación en Fisioterapia

Salvá P (Departamento de Educación Física y Deportiva. Universidad de Valencia)
Serra-Añó P (Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia)
Pellicer M (Departamento de Educación Física y Deportiva. Universidad de Valencia)
Bermejo JL (Departamento de Actividad Física y Ciencias del Deporte. Universidad Católica de Valencia)
García-Massó X (Departamento de Educación Física y Deportiva. Universidad de Valencia).

Reflexionar acerca de la investigación en el área de la Fisioterapia es una tarea al menos interesante. Conocer la importancia de la investigación y cuál es el estado actual de esta actividad en el ámbito de la Fisioterapia puede ayudar a comprender mejor en qué situación se encuentra la profesión y qué pasos deben seguirse para poder incrementar el conocimiento científico en el que debe basarse la práctica fisioterápica.

Desde una perspectiva etimológica, investigar proviene del latín in (en) y vestigare (hallar, inquirir, indagar). No obstante, desde un punto de vista más elemental este término hace referencia al concepto de averiguar algo o hallar la solución a algún problema. La tendencia natural del ser humano siempre ha sido intentar averiguar o dar sentido a las cosas.

La ciencia se basa, aunque no de forma directa, en experimentar con la ignorancia, la incertidumbre y la duda. Cuando un científico desconoce la solución a un problema es ignorante, cuando intuye el resultado siente incertidumbre y cuando está prácticamente seguro de cuál va a ser el resultado todavía le queda alguna duda. Para poder avanzar y progresar en el conocimiento científico es muy importante saber reconocer nuestra ignorancia y dejar lugar a la duda.

Para poder obtener respuestas a los problemas que plantea la ciencia necesitamos seguir un proceso conocido como Investigación. Este proceso se basa en el método científico, que procura obtener información relevante y fidedigna además de aportar conocimiento. La investigación se caracteriza por dos aspectos (ver figura 1). La parte del proceso hace referencia a los pasos a seguir, es decir, que etapas del método científico debemos seguir para una determinada investigación. En cambio, la parte formal se centra en aspectos de presentación de los resultados tras seguir el proceso del método científico. J.W. Best en su obra Cómo investigar en educación define la investigación como sigue:

Para poder avanzar y progresar en el conocimiento científico es muy importante saber reconocer nuestra ignorancia y dejar lugar a la duda.

"Consideramos la investigación como el proceso más formal, sistemático e intensivo de llevar a cabo el método científico del análisis. Comprende una estructura de investigación más sistemática, que desemboca generalmente en una especie de reseña formal de los procedimientos y en un informe de los resultados o conclusiones. Mientras que es posible emplear el espíritu científico sin investigación, sería imposible emprender una investigación a fondo sin emplear espíritu y método científico."

Por tanto, la investigación no se ciñe tan sólo a la búsqueda del resultado o una verdad. El rigor es de suma importancia a la hora de desarrollar cualquier trabajo de investigación. La investigación científica, parte de la realidad y la analiza mediante la formulación de hipótesis y desarrollando nuevas teorías. Para poder hablar de investigación el objetivo del trabajo desarrollado deberá ser contrastar unas hipótesis planteadas mediante la realización de un proceso sistemático en el que se establecen unos procedimientos a seguir, se obtienen resultados con los que podemos llegar a conclusiones acerca de nuestras hipótesis de partida. Por tanto la mera recopilación de datos no debe considerarse investigación.



Haciendo referencia al método científico, la ciencia lo creó para poder excluir todos aquellos hechos subjetivos que no tienen cabida dentro del conocimiento científico. Todo aquello que tiene un significado abarcable por el sentido común adquiere un carácter de aceptación general por parte de la sociedad y la comunidad científica. Sin embargo, existe un amplio abanico de problemas o planteamientos sin resolver y que necesitan de la investigación para obtener su respuesta.

Por otro lado, podemos plantearnos la utilidad o aplicabilidad de los trabajos científicos. En algunas ocasiones el conocimiento adquirido por determinados estudios científicos no es directamente aplicable. En estos casos hablamos de investigación básica (también llamada investigación pura o fundamental va que se encarga de estudiar las leyes y los principios). Habitualmente podemos encontrarnos con algunas personas que recurre al argumento de que los costos de la investigación son elevados y los resultados no producen beneficios en la sociedad por no poderse aplicar (en el caso de la investigación básica). Sin embargo, debemos decir en pro de la investigación básica que es la base de todos los trabajos científicos al generar las bases teóricas en las que se fundamentan el resto. Este tipo de ciencia son los pilares que propiciarán hallazgos con una gran repercusión social, es decir, los resultados podrán ser aplicados en la población contribuyendo a la mejora de la propia sociedad. En consecuencia, debemos de partir desde una perspectiva en la que el simple aumento de conocimiento científico es de gran importancia y valioso en si mismo (más adelante volveremos a reflexionar sobre esta idea).

Las funciones del sistema educación debe ser generar inquietudes investigadoras de los estudiantes y facilitarles las herramientas necesarias para poder desarrollar en un futuro labores investigadoras.

En España hablar de investigación conlleva necesariamente hablar de universidad. El número de centros de investigación en nuestro país es muy reducido y por tanto la mayor parte de la actividad investigadora se desarrolla en las universidades. El objetivo por el que fueron creadas las universidades fue como medio de transmisión de nuevos conocimientos. Si además de ser meros transmisores del conocimiento existente son capaces de generar nuevos e intercambiarlos con el resto de universidades (mediante la divulgación de los resultados obtenidos) su función se enriquece en gran medida. En consecuencia, se debería de fomentar la investigación en las universidades por parte de los organismos públicos. Sin embargo es fácil encontrarse con que el apoyo verbal de los políticos hacia la investigación no se ve acompañado de la inversión económica necesaria para impulsar la práctica investigadora. Por otro lado, es necesario que exista personal que esté interesado en la ciencia y la investigación. Así, otra de las funciones del sistema educación debe ser generar inquietudes investigadoras de los estudiantes (empezando desde pequeños) y facilitarles las herramientas necesarias para poder desarrollar en un futuro labores investigadoras.

Tras exponer algunos conceptos básicos sobre ciencia

e investigación, y haber hecho un pequeño esbozo sobre la importancia de esta práctica para la sociedad, nos proponemos exponer de forma concisa cuál es la trascendencia de la investigación en Fisioterapia. Para ello vamos a discutir tres ideas fundamentales. La primera de ellas está relacionada con la importancia intrínseca del conocimiento. Es decir, el conocimiento es importante por él mismo sin necesidad de tener que aplicarlo de forma directa. Para reforzar esta idea vamos a emplear una frase que se le atribuve a Sócrates: Sólo hay un bien: el conocimiento. Sólo hay un mal: la ignorancia. Más tarde Salmuel Jonhson también defendió el valor intrínseco del conocimiento: Todo conocimiento es por sí mismo de algún valor. No hay nada tan pequeño e insignificante que vo no prefiera conocer a ignorar. En consecuencia, la investigación en Fisioterapia es relevante por el simple hecho de hacer avanzar el conocimiento considerándolo como un bien en si mismo.

La segunda idea que debemos considerar está vinculada con la práctica clínica de la Fisioterapia. Hasta ahora la eficacia de las técnicas aplicadas por los fisioterapeutas como herramienta terapéutica/rehabilitadora ha sido establecida principalmente por la experiencia. Con esto pretendemos hacer alusión a la falta de contrastación científica que se ha realizado de las técnicas y procedimientos fisioterápicos. Es cierto que nuestra propia experiencia puede ser de gran utilidad para que podamos mejorar como profesionales de la Fisioterapia, incluso compartir nuestra experiencia con otros profesionales puede resultar extremadamente enriquecedor. Sin embargo, para conseguir establecer bases sólidas para la progresión de la Fisioterapia y la consolidación de técnicas y protocolos es necesario que se contraste su idoneidad mediante el método científico. Por tanto, otro aspecto de gran importancia que hace necesaria la investigación en el ámbito de la Fisioterapia es el hecho de que el conocimiento que de ella se derive podrá ser aplicado en la práctica profesional y por tanto servirá para mejorarla.

Por último, la investigación científica en Fisioterapia puede resultar en el desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a la rehabilitación. Existen determinados ámbitos dentro de la investigación en Fisioterapia en la que se crean o mejoran materiales, sensores o instrumental que pueden ser en algunos casos patentables. Potenciar el desarrollo de patentes junto con su explotación podría producir el estímulo necesario para promover un cambio del sistema productivo del país (tan aclamado por los políticos en estos años de crisis económica). En consecuencia, la investigación en Fisioterapia (al igual que en el resto de disciplinas) podría ayudar

La investigación en Fisioterapia es relevante por el simple hecho de hacer avanzar el conocimiento y el hecho de que el conocimiento que de ella se derive podrá ser aplicado en la práctica profesional y por tanto servirá para mejorarla.

a impulsar un sector económico poco desarrollado en España y que podría contribuir a generar un sistema económico español más estable.

Ahora que ya se ha reflexionado sobre la importancia que tiene la investigación en Fisioterapia sería interesante analizar cuál es la situación en la que nos encontramos. Concretamente, en los párrafos que continúan se va a examinar el estado actual de la investigación en Fisioterapia. Para realizarlo de una forma más precisa basaremos todo este análisis en los datos proporcionados por la base de datos "ISI web of Knowledge". Esta base de datos se emplea como referencia actual para determinar la calidad de las revistas científicas y de ciencias sociales. Concretamente, emplearemos los datos proporcionados por la herramienta analítica "Journal Citation Reports".

Sobre el estado actual de la investigación en Fisioterapia en el año 2010 se publicaron un total de 3295 artículos número muy pequeño.

Con esta herramienta podemos obtener información sobre las diferentes áreas de investigación científica. De cada una de las áreas existentes, podemos observar todas las revistas indexadas, así como el factor de impacto y otros datos de interés de cada una de ellas. En el caso concreto que nos ocupa, estamos interesados por conocer el estado de la investigación en Fisioterapia. En "Jornal Citation Reports" la gran mayoría de revistas científicas interesadas en la Fisioterapia se encuentran incluidas dentro del área de rehabilitación. Actualmente existe un total de 44 revistas indexadas en dicha área con una mediana de factor de impacto de 1.294. Además de darnos información concreta de las revistas que están incluidas, esta herramienta también nos permite obtener información general sobre cada una de las áreas de conocimiento. A continuación describiremos y comentaremos algunos de los aspectos más importantes a tener en cuenta sobre la evolución durante los últimos años del área de rehabilitación.

Uno de los aspectos de mayor relevancia a la hora de hablar sobre el estado actual de la investigación en Fisioterapia es conocer cuántos artículos se han publicado en esta temática durante el último año. En concreto. en el año 2010 se publicaron un total de 3295 artículos. Aunque este podría parecer un número considerable, si lo comparamos con otras áreas mucho más desarrolladas, nos damos cuenta de que este número es muy pequeño (e.g. 20049 artículos publicados en matemáticas, 22654 en biología celular y 27932 en oncología). Sin embargo, además de observar los artículos publicados este último año también resulta interesante reflexionar acerca de la tendencia que este parámetro ha seguido durante los últimos años. Si observamos la figura 2 vemos como en menos de 10 años, el número de artículos publicados en rehabilitación ha pasado de ser del orden de los 1600 a casi 3300. Además los datos

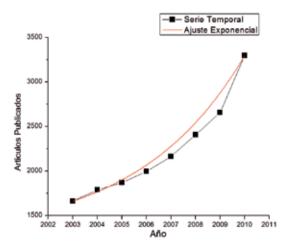


Figura 1. Número de artículos publicados en el área de rehabilitación en los últimos años.

Los datos necesarios para el diseño de la figura han sido extraídos de la base de datos "Journal Citation Reports". Los datos han sido analizados con el software Origin Pro 8 (OriginLab, Northampton, MA, USA). Se realizó un ajuste exponencial de los datos (línea roja) cuya ecuación resultó ser:

 $y = 4.04 \cdot 10^{-198} \exp(x/4.35) + 1252.5$

representados en la figura se ajustan a un crecimiento exponencial. De seguirse esta tendencia en los próximos años podría incrementarse aún más el número de artículos (con incrementos cada vez más grandes para seguir con el crecimiento exponencial) hasta que en un determinado momento el sistema comience a saturar y el crecimiento cese (como ocurre con la mayoría de sistemas dinámicos biológicos).

Además del número de artículos existen otros parámetros que hay que tener en cuenta a la hora de describir la situación actual de la investigación en el área de rehabilitación. El factor de impacto es el índice de calidad de las revistas que más ha calado en la comunidad científica actual. Por tanto, este factor nos informa sobre lo buena o mala (en términos de calidad) que es una revista. Es decir, cuanto mayor sea el factor de impacto la calidad de la revista también será mayor, y cuanto menor sea el factor de impacto la revista será de menor calidad. En la figura 3 puede observarse una serie temporal en la que se observa la tendencia seguida por el valor mediana del factor de impacto de las revistas del área de rehabilitación durante los últimos años. Como puede apreciarse, hasta el año 2005 la mediana del factor de impacto de las revistas de rehabilitación no alcanzaba 1 punto completo, sin embargo a partir de ese momento los valores nunca han bajado de esa cifra.

Por otro lado, el número de revistas indexadas en el área de Rehabilitación ha incrementado en gran medida en los últimos años. Un incremento tan marcado del número de revistas en una determinada área de investigación podría indicar que se trata todavía de un campo científico joven. Presumiblemente durante los próxi-

el área de rehabilitación es todavía joven en el ámbito de la investigación.

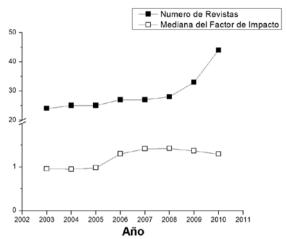
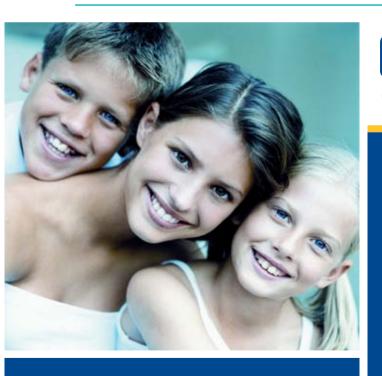


Figura 3. Series temporales del número de revistas y valor mediana del factor de impacto del área de rehabilitación. Los datos necesarios para el diseño de la figura han sido extraídos de la base de datos "Journal Citation Reports".

mos años seguirá aumentando el número de revistas así como el de artículos del área de rehabilitación hasta que llegado el momento este crecimiento se estabilice. De forma paralela el valor de la mediana del factor de impacto irá aumentando (aunque posiblemente de forma enmascarada debido a la inclusión de nuevas revistas como se analizará más abajo) de forma progresiva.

Si analizamos los dos elementos anteriores de forma combinada, nos damos cuenta de que desde 2008 se ha producido un gran auge del número de revistas de rehabilitación junto con un ligero decremento de la mediana del factor de impacto del área. La explicación para esta tendencia es simple una vez se reflexiona sobre ello. A priori, sería interesante conseguir un aumento de ambos parámetros (i.e., número de revistas y mediana del factor de impacto) para conseguir mejorar la situación del área de rehabilitación. Sin embargo, si reflexionamos un poco nos damos cuenta de que cuando nuevas revistas son incluidas en la base de datos "ISI web of Knowledge" comienzan teniendo un factor de impacto 0 hasta que poco a poco, con el paso de los años, van incrementando dicho valor (hay que tener en cuenta que deben pasar 2 años desde que una revista se indexa en ISI hasta que se puede calcular su factor de impacto).

A modo de resumen, hemos podido comprobar que el área de rehabilitación es todavía joven en el ámbito de la investigación. Además nos encontramos en un periodo de gran desarrollo de esta área como hemos podido comprobar por la tendencia que se ha seguido durante los últimos años tanto en el número de artículos publicados como en el de revistas indexadas. Debido a la importancia de la investigación para la Fisioterapia y al punto en el que el área de investigación en rehabilitación, debe fomentarse la investigación en fisioterapia con el objetivo de alcanzar un desarrollo similar al de otras áreas más consolidadas.



CASTELLÓNAvda. Hermanos Bou, 35964 228 207VALENCIAGran Via Marqués del Turia, 37963 517 350





Mucho más que una Clínica Dental



Sonrie! Aprovecha nuestras condiciones especiales

para colegiados/as y familiares directos



22€ Higiene Bucal



GRATIS

1ª visita, revisiones y radiografías intrabucales



20% Dto. en todo tipo de tratamientos



Financiación a 12 meses sin intereses





Ana Garés y Pilar Serra, nue-vas Doctoras en fisioterapia

LA DRA. GARÉS HA ESTUDIADO LA HISTORIA DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA ES-COLIOSIS Y LA DRA, SERRA HA ANALIZADO, POR PRIMERA VEZ, LAS REPERCUSIONES DE UN PROGRAMA DE FUERZA MUSCULAR DEL HOMBRO EN PARAPLÉJICOS USUARIOS DE SILLAS DE RUEDAS.

TESIS DOCTORAL dña. ANA GARÉS

"La introducción y evolución en España del tratamiento fisioterápico de la escoliosis (1913-2010)"

Dña. Ana Garés, profesora de la Universidad CEU de Valencia defendió su tesis el pasado 1 de julio en el Instituto de Historia y de la Ciencia de la Facultad de Medicina de Valencia, con la calificación de Sobresaliente Cum Laude.

Su trabajo se ha centrado en estudiar la evolución de la escoliosis v su tratamiento durante los últimos casi cien años.

La Sra. Garés explica que la escoliosis es una deformidad de la columna en los tres planos del espacio, por eso también se le llama deformidad tridimensional. La rehabilitación de la escoliosis radica básicamente en la corrección de estas alteraciones en estos tres planos del espacio y en la cooperación multidisciplinar, que permite a los pacientes aprender nuevas formas de comportamiento de su cuerpo con el entorno.

El objetivo principal ha sido el estudio de la historia del tratamiento conservador de la escoliosis. basado en las terapias físicas y los métodos fisioterápicos, la introducción del tratamiento fisioterápico en España y las aportaciones relevantes a su evolución hasta el tratamiento actual.

Su principal resultado ha sido el autor del primer método cinesiterápico para la escoliosis, M. Ordinas Roselló fue el primer terapeuta que, en 1913, presentó un método estructurado y científico basado en la cinesiterapia de las desviaciones de columna. Publicó "La gimnasia de las actitudes y el corrector antideformante" que presentó en 1914 en dos congresos médicos, el I Congrés de Metges de Llengua Catalana de Barcelona, donde recibió la distinción de premio de Honor y en el Congreso Español de Pediatría, donde fue premiado con el Gran Premio. Nuestro autor elaboró un manual con los primeros ejercicios específicos para las distintas patologías.

El tratamiento fisioterápico conservador actual de las escoliosis es utilizado mayoritariamente, de manera inespecífica por los profesionales, y solo los métodos específicos pueden mejorar los desequili-



Dña. Ana Garés dobtuvo la calificación de excelente cum laude

brios. Entre las publicaciones que estudian el efecto del ejercicio como único tratamiento de la escoliosis destaca la del Dr. Rigo, de 1991 y el Dr. Weiss, en 1995 con resultados positivos tratados con el método Schroth. En función de estos datos, se puede sugerir que existe una evidencia débil que apoya el uso de la fisioterapia y los corsés como un tratamiento capaz de influir en la historia natural de la enfermedad y con pocos efectos secundarios, pero se necesitarían más estudios al respecto. Es deseable que la medida del ángulo de Cobb no sea el único parámetro de eficacia en el tratamiento, que se valore la calidad de vida, flexibilidad v funcionalidad de la columna, salud mental, autoimagen, actividad física y deportiva, y en estos aspectos las aportaciones del ejercicio fisioterápico pueden ser determinantes y no han sido suficientemente estudiados.

TESIS DOCTORAL Dña. PILAR SERRA

"Determinación de los efectos del entrenamiento de fuerza de la cintura escapular en parapléjicos usuarios de silla de ruedas"

Dña. Pilar Serra, profesora de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia y miembro de la Comisión de Formación del ICOFCV presentó su tesis doctoral el pasado 10 de octubre en el Salón de Grados de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia con la calificación de Sobresaliente Cum Laude.

En su trabajo ha explicado que las personas con paraplejia sobrecargan en mayor medida sus extremidades superiores en comparación con la población sin esta discapacidad, ya que las utilizan como extremidades de carga en actividades como la locomoción en silla de ruedas, las pulsiones y las transferencias corporales. Por este motivo sufren dolor y desequilibrios musculares en la región del hombro, debido a la sobresolicitación de los abductores y flexores y la poca utilización de los extensores, aductores y rotadores, que ayudan a la estabilización de la articulación. Hasta el momento, ningún estudio ha analizado las repercusiones de un programa de entrenamiento de fuerza muscular en los aspectos mecánicos, funcionales y de bienestar del complejo articular del hombro.

Debido a que en las personas con paraplejia es de vital importancia el uso de las extremidades superiores para el desempeño de tareas de la vida diaria, el objetivo del presente trabajo ha sido diseñar un programa de entrenamiento de fuerza específico para la mejora de la condición de los estabilizadores del hombro y comprobar su repercusión, tanto en la magnitud de la fuerza isométrica e isocinética, como en la funcionalidad, la composición corporal y el dolor del mismo.

Con este fin, la Dra. Serra utilizó un programa de entrenamiento de fuerza durante ocho semanas en el cual se trabajaron específicamente los rotadores, aductores y extensores. Al término del programa se valoró la influencia del mismo en la realización de las actividades de la vida diaria analizadas con el cuestionario DASH, en el dolor mediante su análisis con el WUSPI, la composición corporal analizada con un densitómetro de absorción dual y la magnitud de la fuerza de los gestos de rotaciones, flexión y extensión, y abducción y aducción de hombro, en su acción



Con su estudio pionero, Dña Pilar Serra obtuvo la calificación de sobresaliente cum laude

isométrica e isocinética analizada a 60°/s y 180°/s.

Tras el periodo de entrenamiento el equipo de trabajo observó que se produjeron mejoras estadísticamente significativas en la fuerza isométrica en los tres gestos y en la fuerza isocinética se registraron en los gestos de rotaciones y extensión en ambas velocidades, y en la aducción, solamente a 180°/s. La funcionalidad también aumentó en un 15,46% y el dolor, que se redujo en todos los sujetos que lo padecían, disminuyó una media de un 57,51%. Además se produjo un aumento de la masa muscular así como una reducción de la masa grasa de los brazos.

Con este estudio, llevado a cabo por primera vez, la profesora Serra ha demostrado que el entrenamiento de fuerza diseñado produce una ganancia de fuerza de los músculos que intervienen en la estabilización de la articulación del hombro, mejora la funcionalidad de las extremidades superiores, reduce el dolor experimentado en la zona y mejora la composición corporal en dicha región





Nuevo catálogo de consumibles para profesionales

Pídelo ya: 902 161 024 o www.enraf.es



Vendajes - Esparadrapos - Electrodos - Cremas y Geles - Termoterapia - Valoración - Rehabilitación - Propiocepción Ejercicio Acuático - Incontinencia / Suelo Pélvico - Higiene y Desinfección - Agujas Punción Seca/ Acupuntara - Peaueño Mobiliario

Premio a la mejor comunicación tipo póster del II Congreso Internacional de Suelo Pévico.

Irene Arlén Granell Civera, Graduada en Fisioterapia y directora de la clínica Fisio&Salud de Rocafort en Valencia. Beatriz Gisbert Morant, profesora asociada de la Escuela de Fisioterapia de la Universidad de Valencia y profesora de la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia.

Mª Nieves Diego Caballer, Diplomada en Fisioterapia, Enfermeria, Residente de Matrona en la UDM de Ceuta y Lda. en Humanidades.

El pasado mes de octubre presentamos una comunicación tipo póster y una comunicación oral en el segundo Congreso Internacional de Suelo Pélvico y Pelviperineología, organizado por la Sociedad Española de Fisioterapia en Pelviperineología.

Nuestro trabajo, titulado "Técnicas fisioterápicas para evitar el trauma perineal", consiste en una revisión bibliográfica de tres técnicas: aplicación de masaje perineal antenatal, entrenamiento con Epi-no durante el embarazo y aplicación de compresas calientes en el expulsivo del parto. Queríamos conocer si existían estudios científicos que justificasen el uso de estas técnicas.

Con este trabajo tuvimos el honor de recibir el premio a la mejor comunicación tipo póster.

El masaje perineal antenatal fue ampliamente desarrollado en otro trabajo titulado "Aplicación de Masaje de Suelo Pélvico para evitar el trauma perineal", donde también participaron Laura López Bueno y Marta Aguilar Rodríguez, profesoras de la Escuela de fisioterapia de la Universidad de Valencia.

Este trabajo tiene relevancia, ya que, dentro de las competencias de un fisioterapeuta se encuentra la atención especializada en obstetricia, uroginecología, coloproctología y disfunciones sexuales. Así como en preparación física al parto y recuperación postparto, las disfunciones del suelo pélvico como incontinencia urinaria y fecal, y dolor pélvico. Puesto que es un campo aún desconocido en nuestro país, es importante la formación y especialización de los fisioterapeutas para que puedan atender la demanda de tratamiento de estos pacientes. El fisioterapeuta debe reivindicar la importancia que tiene dentro del equipo multidisciplinar de estas patologías. En otros países de Europa esta integración del fisioterapeuta ya es un hecho.

La Fisioterapia ofrece una alternativa conservadora, preventiva y eficaz en muchas patologías dentro de este campo



El trabajo titulado Técnicas fisioterápicas para evitar el trauma perineal hace una revisión bibliográfica de tres técnicas



Recogieron el premio y el reconocimiento que este es un nuevo campo de trabajo para la Fisioterapia





Sistema de eficacia probada para acelerar la curación y reducir el dolor.

- Los estudios clínicos demuestran que INDIBA® activ ProRecovery:
 - Acelera la recuperación (1,5,6)
 - Mejora trastornos crónicos (1,2,7,8,9,11)
 - Reduce el dolor desde las primeras aplicaciones (1,2,3,6,7,8,9,10,11)
 - Facilita la rehabilitación del tejido blando y duro
 - Es una técnica inocua y segura (4,9,10)

*INDIBA®activ ProRecovery lidera un ambicioso programa de estudios en el ámbito de la patología musculo-esquelética

+ de 100 referencias bibliográficas

y estudios avalan la eficacia y seguridad de INDIBA® activ ProRecovery:

- 155 Citas Bibliográficas
- 96 Artículos científicos publicados
- 70 Ensayos clínicos concluidos/series abiertas
- 9 Referencias de libro/capítulos de libros
- 14 Ensayo clínicos previstos o en curso
- 5 Tesis doctorales concluidas
- 1 Tesis doctoral en provecto
- 3 Provectos fin de carrera concluidos
- 2 Masters Post Grado concluidos/en curso



La integración de la terapia manual y la tecnología más innovadora.

DISTINCIONES Y PREMIOS

Durante sus 28 años de historia, INDIBA® activ ProRecovery ha recibido múltiples reconocimientos y ha sido galardonada en certámenes de ámbito nacional e internacional.

- Medalla de oro en la Feria Internacional de Inventos de Ginebra.
- Medalla de plata en la Feria de Inventos Eureka de Bruselas.
- Medalla de oro en la Feria Internacional Inventalia en Madrid.
- Primer premio para la PYME más competitiva durante tres años consecutivos.

Visita www.indibaactiv.com e infórmate sobre nuestros seminarios

Sólo para profesionales sanitarios.

INDIBA S.A.

Jesús Serra Santamans 3, Bajos izqda. 08174 Sant Cugat del Vallés | Barcelona - SPAIN Tel: +34 902 11 22 31 | Fax: +34 93 231 38 75 infospain@indibaactiv.com | www.indibaactiv.com

Colaborador médico de







El fisioterapeuta debe, por ley, proteger el fichero de sus pacientes

EL FISIOTERAPEUTA MANEJA DATOS CATALOGADOS COMO "ALTO NIVEL" POR LA AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Entre los temas más importantes que afectan a los fisioterapeutas valencianos en el ejercicio diario de su profesión está adecuar la historia clínica de sus pacientes a la Ley de Protección de Datos (LOPD) y evitar duras sanciones por parte de quien regula el cumplimiento de esta Ley, la Agencia Española de Protección de Datos (AGPD).

Para explicar todas las medidas de seguridad que tiene que tomar un fisioterapeuta con los datos que maneja en su empresa, no sólo los que se refieren a sus pacientes sino también a los de sus colaboradores externos, la Junta de Gobierno del ICOFCV invitó el pasado 25 de octubre al experto, D. José Manuel Cañavera para que durante una hora explicara a los asistentes cómo los fisioterapeutas deben adecuarse a esta Ley.

No importa la finalidad que se tenga ni el formato de la información que se quiera almacenar. Todos estos ficheros deben darse de alta en la Agencia de Protección de Datos.

No importa la finalidad que se tenga ni el formato de la información que se quiera almacenar. Pueden ser ficheros que registren información de personal, de proveedores, de facturación; de colaboradores, de clientes-pacientes, de la página web (si es que recoge información) o cualquier otro que sea necesario crear para el desarrollo de la actividad profesional. En cualquier caso, todos estos ficheros deben darse de alta (no el contenido) en la Agencia de Protección de Datos, y en base al cumplimiento de una serie de medidas de carácter técnico y organizativo, el fisioterapeuta tendrá que garantizar la seguridad de los datos de carácter personal, y evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado. Para el experto en la Ley "es importante que el paciente sepa lo que la empresa va a hacer con la información y que éste autorice a que dispongamos de ella".

Evitar que un cliente no satisfecho y conocedor de esta Ley se plantee una denuncia porque nuestra empresa no cumple con lo que estipula la LOPD es el objetivo de la empresa (Prodasva) para la que trabaja José Manuel. Para no alarmar a los presentes comentó que en la Comunidad Valenciana no hay inspecciones de

En la Comunidad Valenciana no hay inspecciones de oficio y la Agencia sólo actúa a instancias de una denuncia.

oficio y la Agencia sólo actúa a instancias de una denuncia. Aunque puntualizó que no ocurre lo mismo en Madrid, Barcelona y Bilbao donde "sí se actúa por oficio por ser ciudades donde está implantada la Agencia".

No por ello hay que relajarse y no prestarle atención a este tema porque "no dejan de haber denuncias", reconoce el invitado.

Las empresas tienen que cumplir la Ley y hacerlo precisa de una serie de trámites que puede llevar a cabo el propio fisioterapeuta si dispone del tiempo suficiente, y así lo reconoció el propio invitado, quien dijo que toda la información se puede consultar en la web de la Agencia Española de Protección de Datos.

¿Cómo adaptarse a la Ley?

A la hora de adecuarse a la Ley, el fisioterapeuta debe tener en cuenta una serie de tareas.

La primera es comprobar el grado de adecuación de las medidas técnico-informáticas y organizativas de su empresa. Existen tres niveles de datos, y los que maneja el fisioterapeuta están catalogados como de "alto nivel" por incluir información de carácter sanitario.

La segunda es elaborar la declaración de los ficheros de datos de carácter personal a la AGPD y las gestiones necesarias para su inscripción en el registro.

Existen tres niveles de datos, y los que maneja el fisioterapeuta están catalogados como de "alto nivel" por incluir información de carácter sanitario.

Llegados a este punto, el paso definitivo sería redactar el documento de seguridad mediante el cual se implanta la normativa de seguridad. Este documento resume la política de seguridad de la entidad porque contiene: el ámbito de aplicación; las medidas, normas, procedimientos, reglas encaminadas a garantizar la seguridad del fichero; descripción de los ficheros; funciones y obligaciones del personal; procedimiento de noti-

ficación, gestión y respuesta ante incidencias así como los procedimientos de realización de copias de respaldo y recuperación de datos.

No obstante, el proceso no acaba aquí porque la Ley obliga a realizar auditorías, al menos, bianuales a todas aquellas empresas que contengan datos de nivel medio o alto. El experto de la empresa Prodasva explicó que en la auditoría se verifica el cumplimiento del Reglamento de Medidas de Seguridad de los procedimientos e instrucciones vigentes en materia de seguridad de datos, y en el caso de que algún colegiado precisara de los servicios de su empresa, ésta se encargaría de realizar un dictamen sobre la adecuación de las medidas y controles, identificaría las deficiencias, propondría medidas correctoras o complementarias y elaboraría un informe de Auditoría

La Lev

La Ley orgánica de Protección de Datos aprobada el 13 de diciembre de 1999 es de obligatorio cumplimiento para todas las empresas y/o profesionales que realizan cualquier operación o procedimiento automatizado o manual, que permita la recogida, almacenamiento o conservación de datos de personas físicas.

La Agencia

La Agencia Española de Protección de datos (www.agpd.es) es la agencia encargada de regular esta Ley. Es un ente de derecho público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad pública y privada que actúa con plena independencia de las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus funciones. La AGPD puede llevar a cabo estas inspecciones a empresas o profesionales, de oficio o a instancia de los afectados, dirigiéndose a los locales en los que se hallen los ficheros.

El fichero

El fichero es todo un conjunto organizado o no de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso. Un fichero puede ser un CD-ROM, un disquete o incluso un cuadreno

Las sanciones

El incumplimiento de las obligaciones que como empresa se tienen puede dar lugar a gravísimas sanciones, cuyo importe puede alcanzar los 601,012€.



Cristina García Pérez Colg. 3251

Me resultó muy grato recibir la información del colegio invitándome a esta charla. Es un tema que me importa personalmente por mi trabajo y que me den la oportunidad de tener a un experto en la materia interesado en

responder mis dudas me alegró y me alivió del peso de la responsabilidad que supone estar al día con la normativa.

También me sentí orgullosa de pertenecer a un colegio que se implica con sus colegiad@s generando iniciativas que responden plenamente a nuestras necesidades.

El experto que invitó el ICOFCV respondió muy satisfactoriamente a mis dudas. Se mostró accesible y fue comprensible en sus respuestas; aportando información actualizada y relevante para tener una idea más clara del panorama actual con respecto a la Ley de Protección de Datos.

Agradezco al colegio este tipo de iniciativas pues considero que poner a nuestro alcance información actualizada es sembrar un buen profesional para el futuro.

Con todo mi agradecimiento, Cristina.



El decano, d.Juan López presentó la charla sobre la Ley de Protección de datos.



Los asistentes pudieron preguntar sobre las dudas que genera la aplicación de esta Ley en las clínicas de Fisioterapia.



ENFERMERÍA, PODOLOGÍA Y MAGISTERIO TAMBIÉN RECIBEN LA AUTORIZACIÓN DE LA CONSE-LLERIA DE EDUCACIÓN

Se hizo oficial el 9 de septiembre. Este día pasará a la historia para la Universidad de Valencia y para la Fisioterapia pública en la Comunidad Valenciana ya que dicho cambio implica la desaparición de los actuales títulos de diplomado/a por el de grado, y esto implica un cambio en la denominación del centro por el de FACULTAT DE FISIOTERÀPIA.

El consejo Valenciano de Universidades y de Formación Superior tuvo conocimiento de la solicitud de la Universitat de València el pasado 26 de julio, y consta en el expediente el informe favorable de l'Agència Valenciana d'Avaluació i Prospectiva.

Desde la Junta de Gobierno del ICOFCV y en representación de todo nuestro colectivo, le damos nuestra más sincera enhorabuena a la Universidad de Valencia y en concreto a todo el equipo docente de la Facultat de Fisioteràpia por esta importante noticia y todo lo que ello implica para el futuro de nuestra profesión a nivel científico e investigador

I+D aplicada al sector de la Fisioteràpia

El Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana i l'Institut de Biomecànica de València han firmat un acord per a potenciar el desevolupament dels projectes d'I+D+i d'interés per a este col·lectiu professional.

Este acord facilitarà l'assessorament mutu entre ambdues entitats i la col·laboració en la recerca científica i innovació tecnològica destinats a millorar la qualitat de vida dels fisioterapeutes i els seus pacients.

El conveni contempla entre altres activitats, realitzar accions de formació contínua i jornades científiques dirigides a este col·lectiu. També inclou activitats d'informació perquè els fisioterapeutes transmeten als ciutadans criteris per a un consum de recursos adequat que influïsquen en la millora de la seua qualitat de vida.

Amb l'objecte de començar a treballar des del primer dia, s'ha



enfocat una jornada de presentació no sols com una oportunitat per a conéixer les capacitats de l'IBV i les seues instal·lacions, sinó també com una primera sessió de captació de les necessitats dels fisioterapeutes, que permeta a l'IBV oferir servicis adaptats a este col·lectiu



Seguro de Salud para los colegiados y familiares en condiciones especiales

La mejor opción para cuidar de su salud y la de los suyos con las mejores primas.

Aresa Salud, le ofrece una gama de seguros con acceso a todas las coberturas médicas, los mejores medios de diagnóstico y los tratamientos más eficaces e innovadores.

Empiece a disfrutar de la tranquilidad que le da ser parte del Grupo Mutua Madrileña y no se preocupe por nada, porque cuenta con todas las garantías que solo un especialista en seguros de salud puede ofrecerle.















Vistahermosa

H.Medimar H. Rey D.Jaime H. 9 de Oct.

H. Quirón

H.Casa Salud H.V.Consuelo



- Hospitalización en habitación individual con cama para acompañante y 3 días de pensión completa.
- Medicina preventiva (chequeos urológicos, ginecológicos, cardiológicos...).
- Asistencia de urgencias en viajes al extranjero.
- Garantía de Segunda Opinión Médica Internacional.
- Servicio de Orientación Médica Telefónica 24 horas, 365 días al año.
- Psicología, Homeopatía, Osteopatía y Acupuntura.

2012

Oferta Seguro de Salud Selección Plus

37,98 € (De 0 a 29 años)

40,15 € (De 30 a 59 años)

49,91 € (De 60 a 65 años)

(Incluye Seguro Dental)

Se eliminarán los periodos de carencia para los colegiados y familiares que procedan de otra compañía, excepto trasplantes 12 meses, prótesis 10 meses, parto 8 meses y procesos en curso.

Primas de recibo (incluyen impuestos) por asegurado y mes válidas hasta el 31/12/2012. Sujeto a normas de contratación, suscripción, condiciones generales, exclusiones y limitaciones de cobertura recogidas en el contrato. Consulte condiciones generales de contratación. Edad máxima de contratación 65 años.

Para más información y contratación: SEGURDASI, S.L. 656 880 525

La importancia de la ergonomía durante la conducción

LOS FISIOTERAPEUTAS VALENCIANOS REPASAN LA MEJOR POSTURA PARA EVITAR LESIONES **AL VOLANTE**



Los efectos positivos de la ergonomía en cualquier ámbito de la vida cotidiana cobran cada día mayor importancia, y la insistencia de los fisioterapeutas para que adopten buenas posturas en el trabajo o en la escuela ya está calando entre la sociedad. Ahora también durante la conducción.

No sólo es importante descansar cada cierto tiempo para prevenir accidentes sino que la comodidad del conductor es también vital, y para ello hay que adoptar una postura correcta a la hora de sentarse en el asiento y coger el volante. Ya no vale ponerse sólo el cinturón y regular los espejos como nos enseñaban en la autoescuela.

El decano, D. Juan López Boluda, entró en directo como contertulio invitado en el programa Coses que passen para repasar los puntos más importantes para que la conducción sea ergonómicamente correcta.

El decano, D. Juan López Boluda, entró en directo como contertulio invitado en el programa Coses que passen para repasar los puntos más importantes para que la conducción sea ergonómicamente correcta y no produzca lesiones o malos hábitos. tanto si el travecto es corto como largo. El Decano recomienda que la mejor postura para conducir requiere que las rodillas estén un poco más altas que la cadera, las manos a la altura de la barbilla y el codo toque el centro del volante".

Los beneficios de seguir estas simples indicaciones son directos sobre la comodidad durante la conducción y evitar así el incómodo hormigueo que en ocasiones aparece en las piernas.

Adoptar la postura correcta puede parecer incómodo, en especial para las personas bajitas, por eso también es importante valerse de los elementos reguladores que ofrecen los asientos de los automóviles ya que, según el decano, facilita que el asiento pueda adaptarse al usuario y no al contrario.

Esta postura es casi similar a la que deberían adoptan las personas que trabajan en una oficina y pasan muchas horas sentadas frente a un ordenador.

Siguiendo con las recomendaciones, el decano explicó que para prevenir futuras lesiones del raquis o de la zona cervical es importante adaptar la silla o el asiento del usuario a sus características personales. En ningún caso, "aún utilizando la mejor silla ergonómicamente diseñada, los pies deben colgar o no llegar al suelo, ya que provocaría una sobrecarga en la espalda y llegar incluso a una posterior lesión cervical".

Para prevenir futuras lesiones del raquis o de la zona cervical es importante adaptar la silla o el asiento del usuario a sus características personales.

En cuanto al miembro superior, y si se está sentado frente a un ordenador, los codos y muñecas es importante que se apoyen encima de la mesa o en cualquier elemento para tener una postura relajada y evitar así la sobrecarga de las cervicales.

Con la explicación de la necesidad de cuidar la zona lumbar de la espalda cuando dormimos colocándose un cojín debajo de las rodillas, el decano concluvó su intervención transmitiendo que los fisioterapeutas son los profesionales de la ergonomía, y es importante sensibilizar a la población en general de que la prevención es la mejor herramienta para evitar futuras lesiones o agravar las patologías del raquis. Tanto es así, que no sólo hay que adoptar una postura ergonómica durante la conducción o en la oficina, sino en todas las actividades de la vida cotidiana, incluso durmiendo .

Convenio de colaboración con la Fundación Borja Sánchez

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON LESIONES CEREBRALES

El ICOFCV y la Fundación Borja Sánchez han firmado un acuerdo de colaboración que recoge la voluntad de ambas instituciones de mejorar la calidad de vida de los niños con lesiones cerebrales y sus familiares.

Este convenio abre una nueva vía de desarrollo de actividades conjuntas y un respaldo de todas las acciones formativas que lleve a cabo esta Fundación, así como la orientación y valoración por parte de profesionales en Fisioterapia infantil en la supervisión de artículos y comunicados de la Fundación.

D. Manuel Ávila, vicedecano de Castellón ha destacado la importancia de respaldar este tipo de organizaciones convencido de la "enorme relevancia de los profesionales de la Fisioterapia en todas las fases de rehabilitación de los niños con parálisis cerebral". Por su parte Dña. Laura Agost, presidenta de la Fundación ha agradecido la amabilidad y predisposición a colaborar de manera conjunta para el colectivo.



D. Manuel Ávila y Dña. Laura Agost firmaron en reprsentación de ambas instituciones firmaron el convenio

Ambos representantes de la institución rubricaron el acuerdo junto a D. Carlos Villarón y D. Juan Liñana, responsables de la Comisión de neurología y pediatría del ICOFCV, respectivamente



CUANDO LA CALIDAD IMPORTA

Vendaje Neuromuscular - Sólo para Profesionales



- Atena, S.L. es pionera desde 1999 en la introducción en España de la Técnica de Vendaje Neuromuscular, también conocido como Taping Neuromuscular (TNM).
- En colaboración con la Asociación Española de Vendaje Neuromuscular (AEVNM), Atena imparte los siguientes cursos dirigidos a fisioterapeutas:

Básico Drenaje Linfático

Avanzado Pediátrico Deporte de Elite Neurológico

www.atenasl.com/cursos.asp

 Atena, S.L. comercializa Cure Tape en España a través de una amplia red de distribución.

www.atenasl.com/mtc_distribuidores.asp

Cure Tape es un Producto Sanitario Clase I notificado a las Autoridades Sanitarias



Productos Farmacéuticos, S.L.

C/. Antonio Arias, 12 - Bajo B - 28009 MADRID • Tel.: 91 573 86 15 - Fax: 91 409 55 07 E-mail: info@atenasl.com • www.atenasl.com

"El calambre es muy doloroso, impredecible y producto de la fatiga"

EL FISIOTERAPEUTA JAIME MARTÍNEZ EXPLICA EL CALAMBRE DE NADAL.



El vicedecano de Valencia, D. Jaime Martínez explica el calambre de Nadal.

"¿Me puedes llamar al fisio, por favor?". Con estas palabras, Rafael Nadal solicitaba la ayuda de su fisioterapeuta mientras se retorcía de dolor por un intenso calambre sufrido en la rueda de prensa que dio tras finalizar el partido contra el argentino David Nalbandián - USA OPEN 2011-.

Dado que fue en directo, la imagen y la frase dio la vuelta al mundo en pocos minutos haciendo más terrenal al hombre *máquina* del tenis mundial.

Este acontecimiento ha generado que muchos se pregunten las razones por las que se producen las rampas que padecemos el común de los mortales, y en contra de lo que podía pensarse, también jugadores de élite y bien preparados como Nadal.

La razón es la "fatiga muscular", y así lo explicó D. Jaime Martínez, vicedecano del ICOFCV en Valencia durante el programa *Coses que Passen* de Ràdio 9, para que los valencianos, de voz de un profesional fisioterapeuta, conocieran que nadie puede escapar a este repentino espasmo muscular, y es importante que un fisioterapeuta supervise o recomiende una serie de estiramientos para la correcta recuperación.

¡Has visto las imágenes?

Sí, las he visto en las noticias y entiendo perfectamente que en ese momento no se puede disimular un calambre.

Hay gente que piensa que las rampas dan en frío y después de una intensa actividad física, ¿Qué hay de cierto en eso?

El calambre no es una enfermedad, es un síntoma, y se produce por una fatiga muscular. Es como si la batería se descarga del todo y ya no carga. El glucógeno se ha consumido de tal manera que se produce una irritación del nervio periférico y de la placa motora, se produce ese espasmo que es involuntario, y es muy dolorosa y transitoria. Entonces, hay quienes lo sufren durante la carrera o en el juego e indudablemente también se produce cuando la persona ya ha acabado el ejercicio físico o ha descansado por la noche, y a la mañana siguiente, cuando tiende a acortar ese músculo, como éste está totalmente descargado de glucógeno, se produce ese espasmo.

Entonces, ¿No hace falta ser un Rafa Nadal para sufrir una rampa? No

¿Cuál es la circunstancia que la provoca?

La fatiga muscular. Hay muchas posturas, muchas tensiones que generan esa fatiga muscular, y esa bajada de glucógeno que produce el calambre. También la pérdida de líquidos cuando una persona ha tenido diarrea, vómitos, mucha sudoración pierde minerales y ese desequilibrio del sodio y el potasio genera el calambre.

¿Las embarazadas también son grupo de riesgo?

Efectivamente las embarazadas son un grupo de riesgo. El feto presiona en el nervio obturador y toda la zona baja, impide la buena circulación de esa zona y la madre embarazada tiene tendencia a tener calambres en las piernas.

Existe el mito que para no sufrir calambres hay que hacer ejercicio, pero después de las imágenes de Nadal...

Efectivamente, una persona llevando un zapato con tacón genera



Rafa Nadal se retorcía del dolor en una rueda de prensa por culpa de un calambre.

demasiada fatiga a la musculatura plantar e indudablemente puede provocar que al día se sufra un calambre.

Si nos entra una rampa y no tenemos al fisioterapeuta de Nadal al lado, ¿qué solución rápida hav?

Lo mejor para una rampa es que alguien pueda ayudarte a relajar ese miembro, sobre todo las piernas o el pie. La persona que la sufre se tumba o se pone relajada y otra persona tiene que relajarle la zona contracturada.

Si no, la persona puede hacer un ligero estiramiento, muy suave, si lo conoce o se lo ha enseñado un profesional.

La secuela de esos calambres, si ha sido muy fuerte, como el que hemos visto de Nadal, no me cabe la menor duda que esa misma tarde tuvo una sesión de relajación para mejorar todos los líquidos y que esa célula vaya regenerándose y cargándose de glucógeno y que sea posible

la recuperación.

¿Debemos preocuparnos si sufrimos un calambre?

No, en absoluto. El calambre es un síntoma que sufren muchos deportistas que por el esfuerzo que han hecho por el partido anterior, pero no me cabe duda que tendrá una recuperación absoluta

Fuente: rtvv

I Jornada sobre intrusismo profesional en el ámbito sanitario

LA PROTECCIÓN DE LOS USUARIOS Y EL PAPEL ACTIVO DE LOS COLEGIOS EN DEFENSA DE LA PROFESIÓN, PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LA JORNADA

La primera Jornada sobre intrusismo organizada por la Asociación de Afectados de Intrusismo Sanitario (AIMS) con el patrocinio de Colegios profesionales sanitarios, entre ellos el ICOFCV, ha satisfecho, en especial, por las conclusiones alcanzadas.

Entre ellas destaca la necesidad de proteger los intereses de los usuarios frente al intrusismo, de la misma manera que apuestan por un papel activo de los colegios profesionales en la ordenación de las profesiones.

Los participantes aprobaron una serie de conclusiones para trasladarlas a las administraciones competentes en materia de lucha contra el intrusismo. En este sentido, recordar que el ICOFCV ha coordinado con Conselleria y Ayuntamiento un protocolo de actuación contra el intrusismo como la mejor manera de frenar la apertura de clínicas que ofertan servicios sin trabajadores con la correcta titulación para lo que ofrecen. Para conocerlo puede consultar la revista anterior (pág 24) y tanto en ella como en la web dispone de la plantilla con los datos necesarios para que el ICOFCV inicie correctamente las denuncias que recibe tanto de colegiados como de ciudadanos.

Además, los organizadores subrayan que los Colegios también participen junto a las conserjerías autonómicas de Educación y Sanidad para que los títulos no oficiales que se consiguen en academias dejen de inducir a error y de confundirse con los reglados oficialmente. Así como velar para que dichas academias cuenten con la autorización pertinente derivada de su idoneidad legal, para lo cual instan a los Colegios a efectuar una recomendación a sus colegiados sobre la incontinencia ética de dirigir, participar, o impartir cursos "no reglados" en dichos centros.

Nuestra institución va más allá y gracias a las comisiones de trabajo, y en este caso a la de Formación, se garantiza a todos los profesionales y ciudadanos de la Comu-



La asociación de afectados de intrusismo sanitario organizó esta jornada junto a los Colegios Profesionales.

nidad Valenciana que todos los cursos que publicita son evaluados por ésta con el fin de que ninguna persona que no cumple con los requisitos de ser profesional fisioterapeuta pueda ser docente o alumno de su oferta formativa.

De la misma manera, y basándose en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias solicitan la inmediata eliminación del epígrafe "actividades parasanitarias" por, según ellos, servir de cobijo y legitimación del intrusismo sanitario.

Finalmente, se procederá a la creación de una Comisión Permanente formada por la Asociación de afectados de Intrusismo Médico Sanitario y representantes de los colegios profesionales presentes en la Jornada. El ICOFCV considera que ya que existe una Comisión de Intrusismo, sea su responsable quien represente en un futuro a nuestra institución Fad

El Col·legi de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana tras-Uada a Esteban González Pons, les necessitats dels fisioterapeutes valencians

Juan Lopez Boluda, degà de l'ICOFCV ha mantingut una reunió junt amb D. Esteban González Pons, portaveu del Grup Parlamentari Popular a Les Corts i una vintena de representants de Col·legis Professio-

El també director del programa electoral del PPCV per a les Eleccions Generals 2011 s'ha pronunciat

davant de la necessitat de que per a "eixir de la crisi els professionals han de ser aliats del Govern i de la sociedad"

En la reunió, celebrada el passat 9 de novembre en l'Ateneu Mercantil de València, el degà li va transmetre al Sr. Pons les necessitats del col·lectiu i este ha proposat que cap professional pague l'IVA fins que no

cobre efectivament i que els professionals, Pimes i autònoms puguen deduir dels impostos que han de pagar a una Administració el que la dita Administració li deu. González Pons ha agraït la presència d'una vintena de representants dels col·legis oficials de València, 'profesionales amb iniciativa, idees i compromesos amb el canvi'



El representants del Col·legis Professionals sanitaris a la eixida de la reunión amb Esteban González

El ICOFCV participará en la elaboración de un protocolo de tratamiento fisioterápico a personas con ELA

EL COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, LA FUNDACIÓN DIÓGENES LA UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA HAN FIRMADO UN CONVENIO DE CO-LABORACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA).

La sede ilicitana de la CEU-UCH sirvió de punto de encuentro para acoger la firma de un convenio en virtud del cual las tres entidades trabajarán conjuntamente para la elaboración de un protocolo de actuación fisioterápico para los afectados por la ELA.

Según datos de la Fundación, esta enfermedad afecta a cerca de 4.000 personas en España, y aún no existe un tratamiento efectivo al 100%.

Para obtener los mejores resultados debe implicar a médicos, fisioterapeutas, enfermeros, nutricionistas y terapeutas ocupacionales, entre otros colectivos profesionales. Precisamente, el próximo protocolo de tratamiento fisioterápico permitirá a los fisioterapeutas que se encuentren con afectados por esta enfermedad "contar con un manual sencillo que les explique cómo intervenir atendiendo a criterios clave como la fase de la enfermedad en la que se halla el afectado", explicó la vicedecana de Ciencias de la Salud del CEU en Elche, y fisioterapeuta, Yolanda Noguera. En opinión del decano, D. Juan López, el acuerdo pone de manifiesto la importancia del fisioterapeuta por su aportación a la enfermedad ya que hay que recordar que está demostrado que la Fisioterapia ayuda a aliviar sus síntomas, confiere mayor independencia y seguridad a los pacientes y retrasa el deterioro inherente a la ELA.

A pesar de esta importancia del fisioterapeuta, actualmente el sistema sanitario español de atención primaria carece de un protocolo de tratamiento fisioterápico para las personas afectadas por este trastorno, y eso a pesar de que las entidades competentes consideran primordial la fisioterapia en el tratamiento de estos pacientes. Quienes solicitan tratamientos de Fisioterapia están a expensas de los médicos, que pueden considerarla o no necesaria, dependiendo de la fase en la que se encuentren. Y en caso de hacerlo, no existe un protocolo estandarizado de actuación entre los profesionales. De ahí la importancia del acuerdo sellado el pasado 30 de septiembre.

La experta Yolanda Noguera confía en que el protocolo esté listo en un año y pueda "extrapolarse a la Seguridad Social y a organismos públicos y privados". El protocolo comenzará con la puesta en marcha de una subcomisión integrada en la comisión de Neurología de nuestra insti-

tución en el que intervendrán expertos de las tres entidades firmantes.

Ante la llamada de la Fundación, el ICOFCV no dudó en mostrar su total apoyo a esta iniciativa que ha sido calificada por el presidente de la Fundación Diógenes para la Investigación de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, Javier Cabo, como "un gran avance en la lucha contra la enfermedad"



La firma posibilitará la elaboración de un protocolo para el tratamiento de personas con ELA



Las tres instituciones firmaron el convenio en la sede ilicitana de la universidad CEU-UCH

Fad

El fisioterapeuta intervé, avalua i tracta a persones amb malaltia mental



L'OMS (Organización Mundial de la Salud) ha catalogat els trastorns mentals com un dels problemes crònics més frequents en la majoria de les societats desenvolupades.

Afecta directament l'estat físic de la persona i ací és on l'avaluació, tractament i intervenció del fisioterapeuta pot ajudar a millorar la qualitat de vida de les persones amb malaltia mental.

La intervenció del professional inclourà estratègies tant preventives com terapèutiques. Quant a l'avaluació, el fisioterapeuta valorarà la mobilitat, funcionalitat, memòria, llenguatge, equilibri i coordinació, així com autonomia, percepció sensorial i corporal, dolor, tensió muscular, alteracions de conducta, estat motor i cognitiu.

Pel que fa al tractament, el fisio-

terapeuta comprén l'activitat física, exercicis, treball de l'equilibri, la coordinació, reeducació postural, relaxació, consciència postural, teràpia postural, teràpia psicomotora, estimulació multisensorial i ergonomia entre altres.

Els fisioterapeutes valencians volen impulsar la seua figura dins dels equip de suport multidisciplinari als malalts amb malaltia mental i que Espanya seguisca els passos d'altres països europeus en què el fisioterapeuta està incorporat en els equips de salut mental

La fisioteràpia millora la qualitat de vida dels malalts d'Alzheimer

L'Alzeimer és una malaltia degenerativa irreversible que afecta el 1% dels individus menors de 65 anys i és la primera causa de demència a Espanya. "Les alteracions que va patint el pacient al llarg de la malaltia requerixen d'un equip de treball interdisciplinari, que oferisca un tractament integral, individualitzat i especialitzat".

"Amb motiu del dia mundial de l'Alzeimer, els fisioterapeutes especialitzats en neurologia, junt amb altres especialistes sanitaris treballen per a aconseguir un major grau d'autonomia física i funcional en cada fase de la malaltia, millorant la qualitat de vida del malalt i de la seua família". Per a això, el tractament fisioteràpic haurà de ser revisat i adaptat en cada fase de la malaltia, i comptar amb un programa d'educació sanitària, perquè no sols pacients sinó cuidadors i família, coneguen millor la malaltia, els seus factors de risc i les pautes de tractament físic i funcional a seguir en el domicili



Envelliment activ i saludable amb Fisioteràpia

Amb motiu de la celebració del Dia Internacional de les Persones Majors, els professionals fisioterapeutes han subratllat que la Fisioteràpia evita que es perden capacitats funcionals en les activitats de la vida diària.

Els canvis demogràfics mostren un augment de la població major

gràcies a la millor atenció sanitària i estructura social, que comporta un augment de l'esperança de vida.

A pesar que l'atenció sociosanitària gaudix de gran prestigi al nostre país, és necessari continuar millorant la qualitat de vida de les persones majors, i en eixa línia el fisioterapeuta també forma part de la cadena d'atenció sanitària i ajuda al pacient en àmbits com la higiene postural, la valoració de la dependència;" en programes d'educació física per a persones amb discapacitat transitòria o permanent, assessorament ergonòmic domiciliari, etc

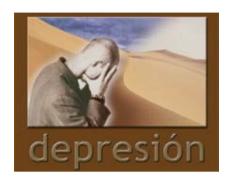
La depressió es recupera abans amb Fisioteràpia

El tractament fisioteràpic ajuda a alleujar els símptomes físics associats a la Depressió, contribuint a una major sensació de benestar del pacient i, per tant, a una recuperació més ràpida.

Els fisioterapeutes valencians advertixen que l'ansietat i la depressió, trastorns psicològics més freqüents en la societat actual, es manifesten en forma de dolor, limitacions de mobilitat, rigidesa, cefalees, marejos que empitjoren la qualitat de vida dels que la patixen.

El tractament psicològic és fonamental per a alleujar estos trastorns i si s'acompanya d'un tractament fisioteràpic la sensació de benestar serà major.

Segons els experts, les tècniques fisioteràpiques que s'utilitzen per a este tipus de trastorn són la teràpia de la consciència corporal basal, la teràpia psicomotora, massoteràpia, estimulació sensorial, reeducació postural, teràpia craneosacral, inducció miofascial i altres teràpies complementàries, totes elles amb



una línia d'intervenció clara: ajudar a millorar l'estat físic del pacient per a millorar l'estat anímic i emocional

La Fisioterapia es eficaz en intervenciones de próstata

ACELERA EL PROCESO DE RECUPERACIÓN Y MINIMIZA LAS SECUELAS TRAS LA OPERACIÓN

Es un problema que preocupa, y afecta a un 15% de los hombres en algún momento de su vida, y en concreto, el 80% de los hombres mayores de 60 años tiene alguna dificultad al orinar debido al crecimiento de la próstata.

La Fisioterapia es eficaz en el tratamiento tanto antes como después de la operación. En la prevención, el fisioterapeuta encamina su tratamiento hacia la reeducación del suelo pélvico y adapta los hábitos de comportamiento para acelerar la recuperación de la continencia y evitar la cronicidad del problema.

Si ha habido intervención, la Fisioterapia es necesaria para recuperar y minimizar las secuelas: incontinencia urinaria, impotencia o retención de orina. Y lo hace disminuyendo los esfuerzos abdominales, enseñando la dinámica miccional y reforzando la musculatura específica.

Este tipo de intervención tiene el aval de poseer una evidencia científica, que hace que en la actualidad la Fisioterapia sea muy recomendada por especialistas médicos en pacientes que vayan a ser sometidos a esta intervención



Fad

El acuerdo firmado entre el ICOFCV y la Confederación Española de Policía permite a las clínicas de fisioterapia ampliar su cartera clientes

El Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas y la Confederación Española de Policía (CEP) han firmado un acuerdo de colaboración que va a permitir que las clínicas de Fisioterapia adheridas a él, puedan aumentar su cartera de clientes ofreciendo descuentos directos al personal y familiares que forman parte de esta Confederación.

La firma entre ambas instituciones, representadas por el decano del ICOFCV d. Juan Lopez Boluda y d. Francisco Estacio Mejías de parte del CEP se produjo el pasado 24 de noviembre en la sede colegial del ICOFCV de Valencia, e inicia una colaboración que arranca con casi 90 clínicas va asociadas que se comprometen a ofrecer un trato comercial preferente a guienes muestren la tarjeta de afiliación al CEP.

Toda clínica de Fisioterapia que quiera adherirse a este acuerdo puede consultar las condiciones en la web del ICOFCV, apartado convenios. Para hacerlo, es imprescindible que la clínica esté acreditada por la Conselleria de Sanitat





Las clinicas afiliadas a este acuerdo podrán verificar la pertenencia del cliente al CEP mediante su carnet de afiliación.

La Universidad Miguel Hernández de Elche celebra con éxito el III Congreso Nacional de estudiantes de fisioterapia

Surgieron en 2005 como Jornadas Nacionales de Estudiantes de Fisioterapia, y seis años más tarde aquella primera iniciativa emprendedora para que los estudiantes organizaran ponencias y tratar así el futuro de su profesión, se ha convertido en un serio Congreso, que tras su tercera edición, celebrada el pasado 10,11, 12 de noviembre, se afianza como referente nacional al que año tras año acuden destacados profesionales de la Fisioterapia.

El programa de este año ha tratado cinco ámbitos de la Fisioterapia.

La jornada del jueves (10 noviembre) estuvo dedicada a las "Otras Terapias" con tres ponencias: "Cervicobraquialgia: osteopatía y neurodinámica aplicada", "Fisioterapia en artes escénicas", y "Psiconeuroinmunología", y a la Neurología.

Para este último ámbito, las ponencias elegidas ha-

blaron del tratamiento a personas con parálisis cerebral con la Físico-Terapia-Musicovisual, el uso de la terapia celular y Fisioterapia coadyuvante en enfermedades degenerativas y la neurorrehabilitación en pacientes con lesión medular.

La jornada del viernes estuvo dedicada al deporte y a la Fisioterapia genito-urinaria.

En el ámbito deportivo, se vinculó al tenis con la Fisioterapia, y dos de las ponencias hablaron del tratamiento a pie de pista y de las adaptaciones músculo-esqueléticas en el tenista de edad infantil. Además, la inteligencia emocional del fisioterapeuta deportivo tuvo su espacio por su importancia en las relaciones con los periodos de entrenamiento, de concentración y de competición.

El tratamiento de la incontinencia urinaria con electroestimulación, o la reeducación y las técnicas hipopresivas pre y post parto fueron el tema central de la sesión vesperti-

La del sábado se dedicó a los niños. Las ponencias sobre la actualización y estrategias terapéuticas en las principales patologías que causan su discapacidad, y la valoración e intervención en Fisioterapia Pediátrica cerraron las ponencias del III Congreso Nacional de Estudiantes de Fisioterapia de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Paralelamente, a las ponencias y comunicaciones orales se orga-

nizaron 11 talleres sobre: Pain Reliever, Higiene Postural, Psicomotricidad, Streching Global Activo, Vendaje Neuromuscular, Técnicas de manipulaciones vertebrales y articulaciones periféricas, Pilates, Masaje eléctrico, Terapia combinada, Terapia Votja en Parálisis Braquial Obstétrica y Terapia Manual del Tobillo.

El Congreso se despidió con una cena y en la clausura del evento estuvo presente d. Manuel Alguacil en representación del ICOFCV



La Comisión de Discapacidad psico-motriz del ICOFCV valora como punto de inicio el test de Special Olympics

BUSCAN DESARROLLAR UNA METODOLOGÍA PARA LOS USUARIOS QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS

La Comisión de discapacitad psico-motriz continúa valorando la mejor opción para desarrollar una metodología que incluya una serie de ítems que cuantifiquen el comportamiento del estado físico de los usuarios ante la actividad deportiva. Tras la última reunión celebrada el pasado 25 de octubre, los 17 asistentes han valorado que un buen punto de partida útil para el monitor que actúa en estas actividades deportivas sería el test de Special Olympics.

Cristina Tur, fisioterapeuta del Centro Ocupacional José Alcamí comenta que en el libro Andar y correr existen unas tablas que "cuantifican el comportamiento del estado físico de los usuarios ante la actividad deportiva para su posterior preparación física y de esta manera mejorar la condición aeróbica de los deportistas"



Foto tomada en la reunión del 25 de octubre a la que asistieron 17 fisioterapeutas.

Tabla 1: Confecciona un programa de 16 semanas, basado en fraccionar el esfuerzo. Dirigido a la resistencia cardiorrespiratoria a través de la carrera.

Tabla 2: Confecciona el programa de 16 semanas, basado en el método continuado (andar; correr y andar; correr). Dirigido a la mejora de la resistencia cardiorrespiratoria a través de la combinación carrera v/o andar. Tabla 3: Muestra un ejemplo de cómo trabajar la progresión de la secuencia andando y corriendo. La conferencia anual de ENPHE reúne a representantes de las universidades que imparten fisioterapia, entre las que se encontraba la Universidad de Valencia y la CEU-Cardenal Herrera



La última conferencia anual de la European Network of Physiotherapy Higher Education (ENPHE) tuvo lugar en la ciudad de Estoril (Portugal) el pasado mes de septiembre, concretamente en la Escola Superior de Saúde do Aloitáo, y reunió a varios representantes de universidades españolas que imparten Fisioterapia en diferentes puntos de nuestra geografía como Andalucía, Islas Baleares, Madrid, Cataluña o Valencia. Representando a nuestra comunidad, tomaron parte dña. Celedonia Igual como decana de la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València y Eva Segura, vicedecana de la Universidad CEU-Cardenal Herrera.

Los temas tratados se centraron en tres de los grupos de trabajo permanentes de ENPHE: Movilidad, Lifelong learning (aprendizaje a lo largo de la vida) y European Qualification Framework (marco de cualificación europea que describe conocimientos, habilidades y competencias de los fisioterapeutas), a los que

se añadió la Transparencia, Calidad (Coordinado por la representante española de la Universitat de les Illes Balears Berta Paz) y Directivas de la Unión Europea.

Todos ellos son considerados por ENPHE como los temas más urgentes a clarificar en el ámbito de la educación en Fisioterapia y los Focus Groups trabajan permanentemente en ellos.

Los temas de la presente conferencia se abordaron mediante la presentación de pósters por parte de las distintas universidades. Además, los asistentes a la con-

Representando a nuestra comunidad, tomaron parte dña. Celedonia Igual como decana de la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València y Eva Segura, vicedecana de la Universidad CEU-Cardenal Herrera. ferencia trabajaron en pequeños grupos, de forma que los representantes de los diferentes países que asistieron a la conferencia pudieron dar la visión de cada uno de estos temas en sus respectivos países. La interacción fue muy positiva para todos dado que permitió conocer de primera mano cuáles son las inquietudes, expectativas y problemas que cada país se encuentra cuando recibe o envía estudiantes de Fisioterapia a otro país, qué diferencias hav entre las competencias a nivel de grado o a nivel de Máster en los programas de estudios de los distintos países, o cuáles son las diferencias entre los distintos programas de máster entre los países que pertenecen a ENPHE. Los resultados de todos los grupos de trabajo se presentaron en sesiones plenarias para enriquecer a todos los asistentes con las reflexiones realizadas durante la Conferencia. Además, como en ocasiones anteriores, los estudiantes que acudieron a Portugal trabajaron en estos mismos ámbitos y expusieron su visión a los asistentes.

Dentro de las actividades abiertas a todos los asistentes y previamente al trabajo en pequeños grupos se incluyeron también conferencias sobre *European Qualification Framework* y sobre choque cultural como consecuencia de la movilidad.

Antes de finalizar, tuvo lugar la Asamblea General en la que se renovaron algunos de los miembros del comité ejecutivo de ENPHE, se presentó el estado de cuentas y



La Conferencia anual de ENPHE se celebró en la ciudad portuguesa de Estoril

la conferencia fue muy positiva para todos dado que permitió conocer de primera mano cuáles son las inquietudes, expectativas y problemas que cada país se encuentra.

se remarcó la importancia de fomentar la asistencia de alumnos de Fisioterapia a las conferencias de ENPHE. Por último, se emplazó a los asistentes a asistir a la próxima conferencia en Noviembre de 2012 en Viena, coincidiendo con la reunión de la WCPT sobre educación en Fisioterapia

Primer paso para crear la comisión de suelo pélvico

La primera reunión con el decano, D. Juan López, ha sido el primer paso para que el interés mostrado por Raquel Puchade, Mª Carmen Velasco, Mª Carmen Vico, Mari Luz Sánchez; y Bibiana Castellano, Beatriz Gisbert, Irene Arlén y Carla Talens, que acudieron el pasado 24 de noviembre a la sede colegial de Valencia, se materialice en la creación de un nuevo grupo de trabajo entorno a la nueva Comisión de Suelo Pélvico.

Esta nueva disciplina sanitaria, que está siendo muy demandada por la población, abarca cuatro campos de actuación: Urología, ginecología y obstetricia, coloproctología y fisiosexología. La Fisioterapia puede ayudar a tratar problemas de incontinencia urinaria, a prevenir las disfunciones de suelo pélvico en relación al embarazo, los trastornos de la menstruación o la reeducación de las patologías del recto y del ano, entre otras



De las fisioterapeutas interesadas, cuatro fueron las que se reunieron con <mark>el de</mark>cano, Juan López

INTRUSISMO ACTUAL (CONFIDENCIAS DE UN COLEGIADO RECIENTE)

Fdo.: David Llorens Dembilio. Colegiado número 3765

Queridos colegas:

Es la primera vez que me dirijo a vosotros y espero poder hacerlo en muchas más ocasiones.

Me inquieta el conocer vuestra opinión sobre la problemática que sufrimos actualmente con el "intrusismo" en nuestro ámbito laboral, y yo os pregunto: ¿Es tan voluminoso y real, el daño que

nos causa en el ámbito laboral?, porque ¿aún existen lagunas legales para erradicar a estos iluminados?; en el caso hipotético de que estas últimas no existan, ¿por qué en publicidad y físicamente en sus locales siguen actuando a sus anchas?, ¿tenemos nosotros la solución para terminar con el intrusismo en nuestro campo laboral?.

Bueno, supongo que más de uno de vosotros os preguntaréis: si tú, como miembro de la comisión de intrusismo, no tienes respuestas a estas cuestiones, mal vamos, ¿verdad?.

Creo saber las respuestas, pero eso no quiere decir que pueda darles solución, al menos solo: con vuestra colaboración sí que estoy seguro de poder acabar con ésto progresivamente.

Disponemos de diversas armas para luchar contra todos estos invasores, llámense: quiromasajistas, quiroprácticos, "quiromagia" y demás. Haré referencia a dos de tantas: la primera está en nuestras manos, es tan sencillo como que tenemos que trabajar más y mejor; no quiero con ésto que nos ofendamos, pensad que son críticas constructivas y bajo mi punto de vista son imprescindibles para avanzar. Después de esto, tenemos que dar información a la sociedad sobre quiénes somos y qué somos capaces de hacer, es decir, saber "vendernos bien" y aclarar las posibles confusiones que existen, sobre todo de los quiromasajistas con respecto a nosotros (los fisioterapeutas).

Pienso que haciendo la primera, automáticamente se dispersarían las dudas que puedan tener ciertos ciudadanos y así solucionamos la segunda. Y como estamos en tiempos de recortes, pues con un cartucho matamos a dos presas.

Por otro lado, pero siguiendo con el mismo tema, hay algo que me encantaría que dejara de suceder, y de seguro que a muchos de vosotros también os ocurrirá. Se trata de cuando vamos paseando por la vía pública tan felices y relajados, con amigos, familia,... y vemos en diversos sitios como: establecimientos, farolas, paredes... la famosilla publicidad de los queridos iluminados, que dice así: Terapias: masaje terapéutico, dolores articulares, lesiones deportivas, bla bla bla, y claro al ver esto, por momentos nos cambia el humor y a su vez nos apetece arrancar y destruir dicho anuncio, entre otras cosas, porque es obvio que todas estas terapias son de carácter exclusivo de nuestra profesión. Es una gran falta de respeto e invasión hacia nuestro campo laboral la que estamos sufriendo con todo esto.

En fin, al igual que al ver ciertos carteles salidos de las academias, que quieren captar a gente que tengo que decir que en un principio se inscriben en éstas con mucha confusión, la cual realmente se encargan de fomentar más los que dirigen dichas academias.

Bueno, colegas, necesito que conozcáis algo de mí, os quiero desvelar que uno aquí presente, es un ex-intruso, sí, así es, y en parte es por eso que conozco algo este mundillo y deseo participar junto a todos vosotros para darle solución.

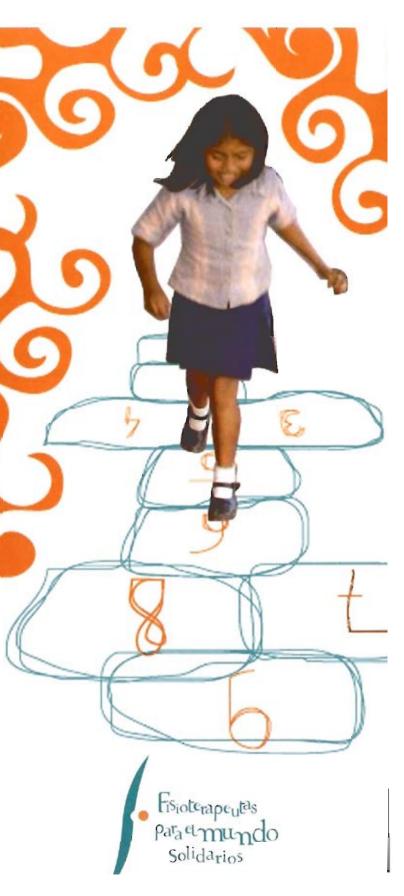
Recuerdo en aquel entonces, las conversaciones que tenía con un amigo mío y colega nuestro, cuando yo ejercía de intruso. Él me ayudó para acabar de darme cuenta del error que estaba cometiendo y, cómo no, fue muy importante y decisivo en el gran y afortunado paso que decidí dar, el formarme como fisioterapeuta, lo cual os aseguro que en mi caso particular no fue ni mucho menos un camino de rosas, por lo tanto, aprovecho una vez más para agradecer encarecidamente a dicho colega, su apoyo y motivación que me ofreció en aquel entonces.

Para ir cerrando este primer episodio, propongo y deseo que esto no sea solo cuatro letras, las cuales pasen al olvido y no tengan un fin productivo y positivo para todos nosotros. Os invito a que empecemos a poner en práctica las dos pautas que refiero para así ver que realmente si queremos podemos cambiar las cosa a favor nuestro, no esperemos a que nadie venga a dar una solución, la cual es misión nuestra junto a las leyes vigentes, las cuales me consta que se están modificando y en breve se pondrán a dar su fruto.

Recordaros que cualquiera de nosotros que se haga eco de cualquier caso de intrusismo, que puede y debe comunicarlo o bien directamente al colegio profesional al que pertenezca o bien si conoce a algún miembro de la comisión de intrusismo, pues a través del mismo. No va a salir bajo ningún concepto el nombre del denunciante, ésto es importante que lo tengáis en cuenta; al igual que si no lo hacéis, este supuesto intruso estará invadiendo nuestro campo y quitándonos trabajo, y conozco a pocos que vayan sobrados del mismo.

Dicen que pan para todos, pero cada uno con lo suyo.





Fisioterapeutas para el Mundo Solidarios, es una organización no gubernamental que inicia su camino en 2006, aunque nace oficialmente en 2007.

Promovida por miembros del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana busca recabar los fondos necesarios para canalizarlos en proyectos que favorezcan el desarrollo integral de las personas más desfavorecidas, sobre todos en los países en vías de desarrollo. A través de proyectos de cooperación al desarrollo, busca promover la salud, prevenir y tratar deficiencias y/o discapacidades.

Para llevar a cabo esta iniciativa Fisioterapeutas para el Mundo Solidarios, necesita de su ayuda y su colaboración. Toda ayuda es buena y agradeceremos cualquier apoyo que usted decida hacer. Para ello, le facilitamos el boletín de inscripción para que así pueda elegir la forma de colaboración que más le convenga. Su ayuda es muy importante.

En nuestro nombre y en el de todas las personas que reciben nuestra atención le agradecemos sinceramente su yuda. Gracias por ser solidario.



Asociación de Fisioterapeutas para el mundo Solidarios San Vicente Mártir Nº 61 2º Pta 2 46002 Valencia T 963 533 968 F 963 106 013



Desde la ONG explican que las actividades desarrolladas en este centro giran en torno a tres ejes: atenciones en el departamento de Fisioterapia y Kinesiología en el hospital, salidas con la campaña de vacunación para atender y elaborar un censo de las personas minusválidas e inválidas de las diferentes comunidades, y por último, atención y asesoramiento a los jugadores de la liga y escuela de fútbol.

Hasta octubre, el centro de Salud San Antonio ha seguido con las terapias físicas en grupo enseñándoles diferentes ejercicios a las señoras que asisten a las reuniones. A partir del mes de octubre, la ONG traslada su colaboración a un nuevo grupo de la tercera edad en la ciudadela de Los Lotes.

Gracias a Paola Cuellar, desde finales de agosto, la ONG Fisioterapeutas para el Mundo ha iniciado atenciones fisioterápicas en el municipio de El Torno, concretamente a las personas del Centro Educativo Especial.

Alejandra Morales (5 años), Janeth Torrez (15 años) y Lizeth Escobar (14 años) han sido sus primeras pacientes. Para Lizeth, la presencia de la ONG abre una posibilidad de recibir un tratamiento adecuado para volver a caminar ya que su escoliosis severa, su debilidad y atrofia muscular en los miembros superiores e inferiores hicieron que dejara de hacerlo.

Hasta la fecha atienden a pacientes diagnosticados con Tenotonia del tendón de Aquiles, paraplejias, hemiplejia por secuela de Meningitis, entre otras.

Otro nuevo centro en el que la ONG ha inaugurado su servicio es el Centro Pastoral San Juan. Fueron ellos quienes contactaron con la institución para coordinar el mantenimiento de las actividades fisioterapéuticas iniciadas por una pareja de voluntarios polacos, llona y Radek

Antes de firmar el convenio, y como parte de las actividades preeliminares a la colaboración, los iniciadores del proyecto explicaron el proyecto del centro de Fisioterapia de la Parroquia San Juan y explicaron el funcionamiento del trabajo que llevaban a cabo. Además, la Parroquia tiene un grupo de personas de la tercera edad que se reúne todos los jueves, y a ellos también se les efectuó la primera terapia grupal.

En el mes de octubre se tradujeron las fichas de los pacientes, y gracias a la colaboración de Marta Majews-ka los datos de los pacientes se han traducido del polaco al castellano.

Paola Cuellar, encargada de las primeras atenciones, junto a la nueva egresada, Patricia Morón, y la voluntaria alemana Sara Müller han hecho que el servicio haya ofrecido un gran dinamismo desde la segunda semana de actividades del gabinete: "en el primer mes de trabajo pudimos atender a 10 pacientes, con un total de 49 atenciones".

La ciudadela Los Lotes es el último lugar donde la ONG ha iniciado también actividad. En concreto la visita domiciliaria a pacientes que por su estado se encuentran inmovilizados. Alfredo, con una parálisis cerebral ha sido el primero en recibir los cuidados de la que la ONG espera mantener para "ayudar a los pobladores que lo necesiten".



Charlas en radio Capital sobre temas relacionados con la Fisioterapia



Grupo de Ancianos en la ciudadela de los Lotes



Don Alfredo fue el primer paciente atendido en Los Lotes



Paola Cu<mark>ella</mark>r mu<mark>estra a la voluntaria Patricia Morón el uso de la jaula Rocher</mark>

El grupo de la tercera edad de San Antonio realizando ejercicios de estiramientos



Comisión de Formación

RESUMEN DE ACTIVIDADES

La Comisión de Formación del ICO-FCV aprueba el 97% de las propuestas de formación que recibe

Tras la firma del convenio entre la institución que representa a los fisioterapeutas valencianos y el IBV (Instituto Biomecánica de Valencia), la Comisión de Formación del ICOFCV se ha reunido con los responsables del Instituto para hablar sobre el punto referido a formación.

El encuentro, celebrado el pasado 8 de noviembre en el campus de la Universidad Politécnica de Valencia, ha servido para definir los campos de interés de formación para fisioterapeutas (no estudiantes) y tratar de realizar acciones de formación continuada y jornadas científicas dirigidas al colectivo.

Con la idea de potenciar el I+D aplicado a la Fisioterapia, los representantes de ambas instituciones acordaron la elaboración de una encuesta que permita conocer mejor las necesidades de formación de los fisioterapeutas.

En la reunión estuvieron presentes Myriam García, Vicenta Díaz, Pilar Serra y el propio decano, Juan López como representantes de los miembros de la Comisión de Formación del ICOFCV, y Pedro Vera, Ignacio Bermejo, María Sancho y Laura Moreno por parte del

Por otro lado, la Comisión sigue reuniéndose mensualmente para tomar decisiones respecto a qué cursos, congresos/iornadas v/o postgrados son los más adecuados para difundirse en los diferentes soportes publicitarios, como la revista o la web. Principalmente, lo que más preocupa a la Comisión es que toda la Formación que ofrece el ICOFCV sea del interés del colectivo. Del total de formación aprobada, tan sólo el 7,4% no lo fue por considerar sus miembros que el contenido no era del interés del colectivo y porque no aclaraba si iba dirigido a fisioterapeutas.

Del 93% de la formación que ha sido aprobada en los últimos dos meses, el 57% pertenece a cursos, el 7,14% a postgrados y el 35% a congresos y jornadas.



Los miembros de la Comisión, Vicenta Díaz y Manuel Alguacil reunidos el pasado 26 de octubre en la sede colegial de Valencia

Fad

El Curso Hidroterapia-Fisioterapia Acuática valorado muy positivamente





El agua es un medio que ofrece muchas posibilidades para trabajar desde la Fisioterapia, y el fisioterapeuta lo sabe. Pero en ocasiones, el profesional tiene ciertas limitaciones a la hora de pautar y dirigir un buen tratamiento de Hidrocinesiterapia y de todas aquellas técnicas acuáticas que la rodean.

El Colegio le había confiado a Esther Mur la dirección del curso "Hidroterapia-Fisioterapia Acuática", organizado el pasado 11, 12, 13 de noviembre, y las críticas no han podido ser más positivas de parte de los 15 alumnos que asistieron al curso celebrado en el Complejo Deportivo y Cultural-Abastos.

El objetivo del curso era conocer las diferentes posibilidades que ofrece la Fisioterapia dentro del agua, en función del tipo de patología y paciente, y en concreto, estudiar el comportamiento del cuerpo y conocer las bases del trabajo de la Fisioterapia en el medio acuático o dotar al alumno de herramientas básicas para pautar un tratamiento dentro del agua, entre otras. Para el 42% de los alumnos estos objetivos se han cumplido y el 58% reconoce la utilidad que tiene lo aprendido para su trabajo diario.

Los encuestados consideran que el nivel con el que se han tratado los temas ha sido entre adecuado y muy alto, dato que favorece que el curso haya sido muy bien aceptado, ya que el 76% de los alumnos le ha dado la valoración de "muy bueno", y más del 80% lo recomendaría "sin reservas" a otros colegas.

Sobre la organización y la logística, los alumnos consideran, en un 33%, que las horas asignadas son suficientes pero algo escasas. En cambio, creen que la distribución horaria ha sido buena (83%) y la organización "muy buena".

La profesora Esther Mur ha sido muy bien valorada en lo que se refiere a conocimiento de la materia (100%), claridad en la exposición (91%), y facilitación de la participación. Del tiempo dedicado a las prácticas han dicho ser adecuadas y su calidad al 50% entre buena y muy buena.

La Comisión responde Preguntas Frecuentes

1. ¿Existen becas de estudios de lengua inglesa para fisioterapeutas?

Por el momento no hay ninguna beca de estudios de lengua inglesa para fisioterapeutas.

2. ¿En qué situación se encuentra el nuevo título de Grado respecto a la diplomatura?¿Se convalida?¿Hay que presentar algo?

El nuevo título de Grado afecta académicamente pero no laboralmente, de momento.

Si quiere disponer de más información, le recomendamos que visite la página web del ICOFCV www.colfisiocv.com, sección Formación y consulte la información que ahñi aparece sobre el título de Grado.

3. ¿Con el Máster en Valoración de Daño Corporal puedo formar parte del listado de peritos?

La Comisión de Formación necesita el programa de dicho Máster y el título para valorar si éste es adecuado o no para incluirle en el listado que el ICOFCV tiene a disposición de los juzgados cuando éste solicita algún peritaje.



Antes de nada, felicitarla por ser la primera decana de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia. ¿Qué ha supuesto este nombramiento para usted?

Un gran honor así como una satisfacción personal y profesional difícil de calibrar; me gustaría resaltar que es un paso más hacia la normalización académica de la Fisioterapia, primero la obtención del Grado, a continuación la transformación de la Escola Universitaria en Facultad, y por último, su consecuencia lógica, el Decanato.

En este número hablamos de la evidencia científica en Fisioterapia.

Para que exista, se necesitan investigadores y sin duda, la Facultad es la cantera perfecta. ¿Cómo se fomenta el desarrollo de inquietudes investigadoras en su facultad?

El fomento de la Investigación es uno de los objetivos prioritarios de la Facultad de Fisioterapia, a través de diferentes iniciativas entre las que creo merece la pena resaltar la formación reglada de doctores en Fisioterapia con el programa de Doctorado "Los procesos de envejecimiento: estrategias socio-sanitarias" que ya está dando sus frutos con la creación de al menos seis líneas de investigación y con la exposición y defensa el día 28 de Noviembre de la primera tesis Doctoral que nace de este programa titulada "Intervención fisioterápica en el anciano con limitación funcional para las actividades de la vida diaria: estudio comparativo de la efectividad de dos protocolos de entrenamiento específico de la musculatura respiratoria vs. Control" defendida por la Fisioterapeuta Maria dels Angels Cebriá i Iranzo, que he tenido el honor de dirigir.

La nueva titulación de Grado supone un incremento en la docencia y en horas de aprendizaje. Podría explicar cómo el nuevo plan de estudios favorece la competencia investigadora del fisioterapeuta.

La Convergencia Europea de Educación Superior ha supuesto un cambio nuclear de la formación universitaria con la implantación de dos niveles: el Grado para formación generalista y el Postgrado con el Máster y Doctorado para formación especializada e investigadora, de ahí la importante aportación e impulso que sobre la competencia investigadora del fisioterapeuta ha supuesto el Grado, como puerta que se abre para que los fisioterapeutas puedan adquirir de forma oficial, absolutamente reglada e igualitaria a cualquier otra ciencia, la plena capacidad investigadora que sólo a través del Doctorado se puede conseguir.

El dominio de las nuevas tecnologías de la información es imprescindible para conocer las últimas publicaciones. ¿De qué herramientas disponen los investigadores en su Facultad?

En esta Facultad, es tal la importancia que se da a las nuevas tecnologías de la información y comunicación que el aprendizaje del acceso a estas se inicia ya desde el primer curso del Grado, con la impartición de una asignatura de 6 ECTS conocida como TIC, asimismo se dispone de una amplia base de datos en ciencias de la salud para la búsqueda online de los últimos trabajos, así como el acceso a las revistas más importantes de Fisioterapia en formato digital o bien para su consulta previa o bien para su descarga directa en nuestro disco duro. También se dispone de herramientas de organización de referencias bibliográficas como el Refworks, herramienta online que ayuda al investigador a organizar su trabajo científico y acceder a su información sin necesidad de estar en su propio ordenador.

¿Qué itinerario deben seguir los estudiantes para formarse como futuros investigadores?

Con el Grado se accede al primer nivel de formación Universitaria, a continuación el paso siguiente es la realización de un Máster Oficial para alcanzar la suficiencia investigadora con el Doctorado que culmina con la lectura y defensa de la tesis doctoral.

Se puede decir que la Comunidad Valenciana está de enhorabuena por el boom de doctores en Fisioterapia que está habiendo. Pero, ¿Cómo valora la tradición investigadora que ha existido en nuestra Comunidad? Y ¿si la compara con otras comunidades?

La proliferación de fisioterapeutas que alcanzan el título de Doctor en nuestra Comunidad en estos momentos efectivamente se ha visto incrementada de manera significativa en los últimos tiempos, mi valoración es por tanto muy positiva ya que esta es la base para el fomento de la actividad investigadora en cualquier campo del saber. Respecto a mi valoración de la tradición de la actividad investigadora de la Comunidad Valenciana he de decir que también es positiva, ya que a pesar de los importantes déficits y trabas con los que históricamente nos hemos encontrado los fisioterapeutas para poder hacer investigación, derivados en gran medida de que el nivel de la titulación era de Diplomados, con los consiguientes problemas no solo para obtener el Doctorado sino cosas tan simples como el acceso a las ayudas para proyectos de investigación, la inquietud y buen hacer profesional del colectivo ha hecho que fundamentalmente a través de la evidencia científica se haya avanzado en este campo.

En lo que respecta a otras comunidades el camino recorrido ha sido análogo al nuestro.

No obstante queda mucho por andar todavía ya que es evidente que en gran medida los profesionales de la Fisioterapia se han guiado históricamente por el empirismo frente a lo estadísticamente significativo, pero considero que estamos en el buen camino.

Quien decide dedicar parte de su tiempo a la investigación, ¿lo hace por vocación o es algo que se adquiere con el tiempo?

La capacidad investigadora es necesario adquirirla mediante un proceso de formación reglada que hoy en día está absolutamente establecida, ahora bien, para dedicarse a la investigación una vez adquirida la formación de base hay que tener vocación investigadora. puesto que se trata de una carrera de fondo, en ocasiones muy esforzada y poco reconocida.

Con el Grado, ¿hay un antes y un después para la evidencia científica en Fisioterapia?

Necesariamente, ya que la posibilidad de ser doctor, no en cualquier campo del saber sino específicamente en Fisioterapia, hasta ahora nos estaba vetada a los fisioterapeutas, este veto desaparece con el Grado y con él consecuentemente la adquisición de la capacidad investigadora.

¿Por qué es tan importante para las profesiones sanitarias hablar de evidencia científica?

Porque las profesiones sanitarias en general y la de Fisioterapeuta en particular son esencialmente clínicas y una de las fuentes, quizá la más importante, de las que se nutre la evidencia científica es precisamente la experiencia clínica, es más, creo que debe existir un feedback que sirva de retroalimentación entre ambas.

¿El nuevo perfil de fisioterapeutas que pretende formar la Universidad está orientado hacia una práctica clínica basada en la evidencia?

Es quizá uno de los retos más importantes con los que la Facultad se enfrenta en el futuro próximo, conseguir el establecimiento de protocolos de actuación a través de la evidencia científica, si gueremos poder argumentar ante la sociedad tributaria de nuestros servicios que la actuación profesional del fisioterapeuta se desarrolla escrupulosamente en base al respeto de la Lex Artis.

Entonces, hacerlo ¿Será un reto o una exigencia para el profesional?

Debería ser cada vez más una exigencia.

¿Qué beneficios le reporta al ciudadano que la profe-

sión base su práctica clínica en la evidencia científica?

Es la mejor garantía para el ciudadano de que la concreta intervención fisioterápica es la adecuada, porque se rige por los parámetros habitualmente utilizados por los profesionales de la Fisioterapia en procesos similares y que han sido constatados como los correctos a tal fin.

Hablamos ya de Grado, de Facultad, de Másters oficiales, ¿cuál es el siguiente avance para la Fisioterapia?

El siguiente paso está todavía por determinar, porque ¿Quién conoce el futuro?, pero quizá el objetivo siguiente deba ser el reconocimiento de las especialidades clínicas en Fisioterapia.

La prensa andaluza advertía estos días que el elevado número de plazas que oferta la universidad puede distorsionar el mercado laboral. ¿Cuál es su valoración teniendo en cuenta que en nuestra comunidad existen cinco universidades que ofertan Fisioterapia?

Entiendo que las autoridades competentes deberían hacer una profunda reflexión sobre el mercado laboral y la oferta de profesionales necesarios para cubrir su demanda, ya que si no corremos el riesgo de que, como ha pasado en Fisioterapia con el crecimiento desordenado y absolutamente discrecional de centros docentes, se produzca un problema importante de paro en este campo por sobresaturación del mercado de trabajo, dándose la circunstancia de que el estado invierte medios económicos y materiales muy costosos en la formación de Fisioterapeutas y estos luego emigran a otros países siendo estos los beneficiarios directos de su excelente formación

Agradecimientos

Agradezco a la revista por ofrecerme la oportunidad de intervenir en este tema, asimismo al Decano del ICOFV y a los responsables de su elaboración y diseño.



Dña. Celedonia Igual fue homenajeada por el ICOFCV como primera decana de la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València

José Lendoiro Salvador Fisioterapeuta y Doctor. Colegiado nº 1457

Desde el Racó del Llibre del Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana, queremos reiterar la INVITACIÓN para que los fisioterapeutas nos remitan sus comentarios bibliográficos de los libros que publiquen o de los que consideren interesantes para su práctica clínica, investigadora y docente. Esperamos contar con la colaboración de todos los interesados, para que podamos enriquecernos con las reflexiones y conclusiones científicas de los fisioterapeutas que trabajamos en la Comunidad Valenciana.



Exercise and disease management [book + CD-Rom]

Autores Brian C. Leutholtz, Ignacio Ripoll Editorial CRC Press
Año 2011
ISBN 1439827591
Páginas 242 págs.
Precio aproximado 100 euros

En este libro sobre la influencia del ejercicio en la curación de enfermedades, se introduce un concepto interesante, como es el hacer partícipe al paciente de su propia curación, mediante el ejercicio prescrito y asumido por el paciente.

El ejercicio como contribución de la curación y el mantenimiento de la salud, es tratado para numerosas enfermedades, en las que se introduce de forma resumida las características de cada una de ellas, las posibles complicaciones, sus tratamientos más habituales, la prescripción del ejercicio, recomendaciones, evidencias, fundamentación bibliográfica, y las contestaciones a las preguntas más comunes, además de un cuaderno de ejercicios que también está incluido en el CD-Rom que acompaña al libro.

Las enfermedades recogidas por estos autores son la hipertensión, diabetes, deficiencias renales, cardiacas, pulmonares, obesidad, vasculares, osteoporosis, artritis, cáncer, enfermedades inmunitarias como el SIDA, gerontología, inactividad física, embarazo, pacientes dependientes y en sillas de ruedas, así como pacientes pediátricos y adolescentes.

El libro acaba con unos apéndices sobre parámetros para la prescripción individualizada, las pruebas de ejercicio, y cómo afrontar las incidencias del ejercicio por los pacientes en los diferentes sistemas (cardiocirculatorio, endocrino, oftalmológico, gastrointestinal, hematológico, musculoesquelético, nerviosos, pulmonar, tegumentario, urinario, ...), así como las consecuencias más comunes de los sobreesfuerzos (tendinitis, bursitis, fracturas de estrés) y de forma detallada en carpo, antebrazo, brazo, hombro, columna, pelvis, rodillas, tobillos, y pie.



Burn rehabilitation: an issue of physical medicine and rehabilitation clinics

Editores Peter C. Esselman, Karen J. Kowalske Editorial Saunders
Año 2011
ISBN 9781455704910
Páginas 365 págs.
Precio aproximado 75 euros

El Dr. Esselman es profesor de University of Washington y presidente del departamento de medicina de la rehabilitación y un jefe de la medicina de la rehabilitación en el centro médico de Harborview. Sus intereses clínicos incluyen la rehabilitación de individuos después de lesiones traumáticas con un foco en lesión de cerebro y heridas por quemaduras traumáticas. Este doctor junto con kowalske y 16 colaboradores, realizan un libro colectivo de interés.

El presente tomo sobre la recuperación funcional de pacientes quemados, tiene capítulos sobre la evaluación y tratamientos de las quemaduras; de los cuidados de las mismas; sobre la colocación del paciente, su movilización y el tratamiento de las contracturas; de quemaduras graves en determinadas partes como la mano; las complicaciones neurológicas y musculoesqueléticas de los enfermos por quemaduras; el manejo protésico en amputaciones por quemaduras; las complicaciones tegumentarios y de escaras; la reconstrucción de las quemaduras; la recuperación psicosocial; la cinesiterapia; y la integración social o comunitaria.

Es un tema poco tratado por la bibliografía fisioterápica, pero de gran interés, en especial por los centros sanitarios de referencia que existen en diferentes lugares, tanto nacionales como internacionales, además de los departamentos de guemados en numerosos centros hospitalarios.

Además. hace interesante este libro las experiencias aportadas, la fundamentación bibliográfica y evidencias, suponiendo una actualización sobre el tema a tener en cuenta.



Exercise and chronic disease: an evidence-based approach

Editor John M. Saxton Editorial Routledge Año 2011

ISBN 978-0-415-49860-9

Páginas 390 págs. Precio aproximado 100 euros

En esta obra dirigida por Saxton, se estudia el ejercicio en la enfermedad crónica, basado en la evidencia. En la actualidad se reconoce la relación entre la inactividad y las enfermedades crónicas, y en este tomo se expnene las ventajas terapéuticas del ejercicio en los enfermos crónicos.

Supone una actualización de los estudios científicos y clínicos sobre los efectos del ejercicio y sus resultados funcionales, y su reflejo con la recuperación funcional, la salud y la calidad de vida del paciente crónico. Se fundamente en el análisis de pruebas aleatorias controladas y en la observación, elaborado por un equipo de investigadores internacional. Dedica capítulos a las enfermedades coronarias, hipertensión, daño cerebral, circulación periférica, asma, osteoartritis, osteoporosis, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, esclerosis múltiple, parkinson, diabetes, obesidad, fatiga crónica, fibromialgia, y cáncer colorectal, de mama y de próstata.

En cada enfermedad se valora la frecuencia, la intensidad, la duración y la modalidad de ejercicio que podría ser empleado como una intervención para cada condición y también evalúa el impacto de intervenciones de ejercicio en relación con los resultados que reflejan ventajas tangibles a pacientes, inconvenientes, modificaciones, conclusiones, además de una amplia documentación bibliográfica.

Es un libro con gran aporte teórico y de análisis de resultados, lejos de los manuales fotográficos prácticos, con aportaciones interesantes, y detalle comparativo entre las investigaciones publicadas, de gran interés en varias afecciones como los de la diabetes, o la fibromialgia.



ISBN

Neuromuscular aspects of sports performance (volume XVII of the Encyclopedia of Sports Medicina an International Olympic Committee medical commission publication)

978-1-4443-3447-0

Editor Paavo V. Komi (ed.)
Editorial Wiley - Blackwell

Año **2011**

Páginas307 págs.Precio aproximado115 euros

Este libro forma parte de una enciclopedia sobre la salud deportiva por 26 profesionales del Comité Olímpico Internacional, este tomo estudia las funciones neuromusculares en la práctica deportiva, por lo que es destacable además de las novedades científicas que se presentan, la experiencia de los profesionales que colaboran, de países como Alemania, Finlandia, Bélguica, Estados Unidos, Japón, Austria, Francia, Canadá, y Suiza.

Se aporta la información científica y técnica más reciente sobre este tema, combinando los conocimientos teóricos con la práctica deportiva. Se tratan temas como la dinámica muscular, la cinética en la función muscular, la fatiga neuromuscular, repercusiones neuromusculares del entrenamiento, las sobrecargas musculoesqueléticas y su reflejo neuromuscular, control postural, y la práctica deportiva en antiguos atletas o masters.

Se aportan capítulos sobre las últimas metodologías desarrolladas en la investigación sobre la marcha natural, como la sonografía de alta velocidad y la estimulación magnética transcraneal.

En el último capítulo, elaborado por Heinz Lohrer, Wilfried W. Alt, y Albert Gollhoffer, profesionales alemanes, se trata, de forma breve, las características, epidemiología, y tratamientos de recuperación funcional en los afecciones musculares y articulares, por problemas de tendones y ligamentos ocasionados por la práctica deportiva; en especial a las afecciones referentes al tendón de Aquiles, tendinopatía rotuliana, ligamentos de maléolos y rodilla; además de un interesante aporte bibliográfico.

Entre gordos y flaquezas

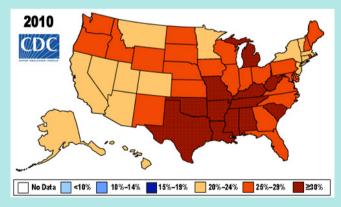
Hay días en los que, como dice mi amigo José Mari, abro la boca y sube el pan. Mi amigo el pescadero no es el único en opinar al respecto: mi madre me decía durante mi niñez que no me callaba ni debajo del agua, mi padre me soltaba frecuentemente que cerrase el pico, y más recientemente mi esposa, más americana que el Empire State Building, no tiene reparos en soltarme un *shut the hell up* cuando lo considera oportuno. Ya ve, amigo lector, soy un incomprendido.

La penúltima metedura de pata tuvo que ver con el taxista que me llevaba del aeropuerto de Barajas a la estación de Atocha, el mismo al que le dije que a mi el Madrid, el Ronaldo y la copa de la UEFA me la traen al viento y que a mí lo que me va son los conciertos de acordeón. Cuarenta y cinco euros que me costó a mí el comentario de marras; no solo calladito estov más guapo, me sale además mucho más barato. Como usted se hará cargo a estas alturas, amable lector, si abrir la boca y meter la pata fuese una especialidad olímpica, el que suscribe tendría más oro en la vitrina que un mafioso ucraniano en la muela del juicio. Esa facilidad que Dios me ha dado para cubrirme de gloria cuando le dov a la mojarra no se aplica solamente al terreno personal; también estoy sobrado de talento para hacer estragos con mi vida profesional. A los ejemplos me remito.

Hace un par de semanas la buena de mi jefa me llamó a su oficina para charlar un rato. Perro viejo en el cortijo, me dio en la nariz que la reunión tendría algo que ver con uno de los pacientes que había tratado dos días atrás, uno de esos casos que uno recuerda en casa mientras se sacude un latigazo de Jack Daniels. Efectivamente, el paciente de marras había llamado a mi jefa y me había puesto de vuelta y media porque durante el proceso de prescribirle ejercicio terapéutico y establecer metas funcionales, su seguro servidor tuvo la ocurrencia de sugerir al paciente que perdiera peso y que cuanto antes mejor. Hágase cargo el respetable de que mi paciente, un mozarrón de 187 kilos que de lejos parece una furgoneta de reparto y de cerca se parece más al Hindenburg, puso cara de haberle dado una congestión de pecho cuando le sugerí que tal vez, quién lo iba a pensar, su dolor de espalda y su índice de masa corporal podían tener algo que ver el uno con el otro. El hecho de que el paciente sepa de sobra que sufre de hipertensión severa, diabetes, altos niveles de colesterol y acido úrico,

depresión, apnea nocturna, COPD, un bonito caso de espondilolistesis entre la cuarta y la quinta vértebras lumbares y un historial médico que incluye infarto de miocardio y edema pulmonar no pareció hacer mella en el talante de mi paciente ni hacerle más receptivo a la cruda realidad. Menos mal que no le dije que dejase de fumar.

En Estados Unidos padecemos una crisis económica de las de no te menees pero con crisis o sin ella el americano medio sigue comiendo como una lima sorda un día sí y el otro también. Según los más recientes estudios publicados por la agencia federal norteamericana Centers for Disease Control and Prevention¹ un tercio de la población norteamericana (33.8%) es obesa; es decir, su índice de masa corporal es superior a 30; aproximadamente el 65% de la población es obesa o tiene sobrepeso. Asimismo, el 17% de los niños y adolescentes norteamericanos (aproximadamente 12.5 millones de habitantes entre las edades de 2 y 19 años) también son obesos. El siguiente mapa ilustra la distribución de la población obesa norteamericana y su concentración en los Estados de Sur:



Según los más recientes estudios un tercio de la población norteamericana (33.8%) es obesa; es decir, su índice de masa corporal es superior a 30; el 65% de la población es obesa o tiene sobrepeso.

La misma agencia federal revela que tan solo un 31% de la población adulta norteamericana mantiene un índice de masa corporal considerado óptimo por la

Sociedad Médica Norteamericana: por encima de 18.5 y por debajo de 25. El tercio restante de la población se encuentra repartida entre extremadamente obesa (5.7% de la población con un índice de masa corporal por encima de 40) y con sobrepeso (25 a 29.9). No es de extrañar que estadísticas como las publicadas por UNICEF² señalen que en Estados Unidos menos de un 1% de la población infantil se encuentra malnutrida; buenas noticias para las guarderías y los fabricantes de potitos.

El mapa adjunto prestado de la página web del CDC muestra la distribución de masa corporal por Estados, predominando claramente el Sur sobre el Norte. Aparentemente los hábitos dietéticos en Estados Unidos han sufrido un tremendo revés durante las ultimas dos décadas y los resultados están a la vista: recomiendo al lector que, cuando tenga la oportunidad, se siente a esperar un vuelo en un aeropuerto (recomiendo los de Newark, Atlanta, JFK o Detroit) y se dedigue a observar al personal para sospechar que un Boeing 747 tiene capacidad para 300 pasajeros o 150 americanos. Si al lector le quedan dudas al respecto de las causas de esta epidemia adiposa le recomiendo el filete de pollo frito con gravy de Arkansas, el dirty rice de Mississippi, la barbacoa al mesquite de Texas o las cenas de pescado frito a la creole en Lousiana. No puedo sin embargo ser injusto o generalizar los hábitos del país en su conjunto porque si bien reconozco que al menos el 50% de mis pacientes pesa doce arrobas largas también conozco mucha gente que corre maratones, se ejercita con regularidad, comen sanamente y se preocupan por su salud con la dedicación y disciplina de un atleta olímpico.

La prevalencia de la obesidad en Estados Unidos no es un problema de estética sino de mortalidad. Según estudios recientes² la obesidad es uno de los factores de riesgo mas importantes que contribuye anualmente en la muerte de 112.000 personas a consecuencias de complicaciones cardiovasculares; 15.000 muertes asociadas a diversos tipos de cáncer y otras 35.000 relacionadas con diabetes también se atribuyeron a complicaciones relacionadas con obesidad. En cierto sentido es justo admitir que los norteamericanos se están cavando una fosa con los dientes.

Antes de que el lector se ponga a contar chistes de gordos y hacer chascarrillo de los norteamericanos recomiendo que se lo piense dos veces. No hay duda de que los efectos nocivos de la obesidad, diabetes mellitus II, hipertensión y enfermedades cardiovasculares hacen mella en la salud pública de los norteamericanos pero esta tendencia está llegando a las costas europeas con el furor de un desembarco de marines. Estudios recientes⁴ sugieren que el índice de obesidad en España se sitúa alrededor del 13% mientras que en Malta e Italia se encuentra en el 36%,⁵ resultados confirmados por diversas agencias europeas⁶. Estas cifras se unen a las predicciones del International Journal of Pediatric

La obesidad en Estados Unidos no es un problema de estética sino de mortalidad. Según estudios recientes es uno de los factores de riesgo mas importantes que contribuye anualmente en la muerte de 112.000 personas a consecuencias de complicaciones cardiovasculares; 15.000 muertes asociadas a diversos tipos de cáncer y otras 35.000 relacionadas con diabetes.

Obesity al sugerir que los índices de obesidad infantil en Europa se encuentran muy cercanos a los norteamericanos y en algunos casos lo sobrepasan (obesidad infantil en ciertos países de un 35% con una predicción de crecimiento europeo global de 1% al año⁷. De hecho, el 9% de los escolares españoles sufren de obesidad y el 33 % sobrepeso, frente a cifras inferiores al 20% en Francia, Polonia, Alemania u Holanda, según datos aportados por la "International Obesity Task Force" (IOTF)8, un aumento de la obesidad en la sociedad española sufrido a consecuencia de los "cambios gravísimos" que la dieta española ha sufrido durante los últimos 20 años. El siguiente mapa ilustra el número de muertes atribuidas a obesidad y al tabaguismo (en paréntesis) en Europa:



J R Banegas, E López-García, J L Gutiérrez-Fisac, P Guallar-Castillón and F Rodríguez-Artalejo. A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Unión. European Journal of Clinical Nutrition, 2003

Estudios recientes sugieren que el índice de obesidad en España se sitúa alrededor del 13% mientras que en Malta e Italia se encuentra en el 36%.

¿Cómo afecta el crecimiento del índice de obesidad a los fisioterapeutas norteamericanos y españoles? El paciente obeso que requiere intervención fisioterápica presenta típicamente un nivel de calidad de vida inferior al sujeto que mantiene un peso corporal óptimo, exhibiendo limitaciones físicas y funcionales derivadas del dolor articular, pobre condición física, enfermedades cardiovasculares, sistémicas y neurológicas, complicaciones post-quirúrgicas y síndromes post-hospitalización. La sola presencia de múltiples complicaciones en el historial clínico del paciente (diabetes, cáncer, hipertensión, enfermedades coronarias, altos niveles de colesterol, tabaquismo, insomnio, depresión, apnea nocturna, artrosis, osteoporosis, úlceras pépticas, asma y COPD por incluir las más comunes) y la polifarmacia asociada al tratamiento médico de estas enfermedades (diuréticos, antihipertensivos, statins, corticoesteroides, anticoagulantes, medicamentos cardiacos que bloquean canales beta y del calcio, inhibidores ACE, insulina o antidepresivos por nombrar los más comunes) condiciona específicamente al fisioterapeuta (experto en la prescripción del ejercicio físico y la movilización articular) a la hora de prescribir la intensidad/duración/ carga/velocidad del ejercicio físico, técnicas de terapia manual y pautas de re-educación funcional. El riesgo de que el paciente sufra complicaciones cardiovasculares, neurológicas o mecánicas durante el tratamiento se multiplica cuando el paciente posee un índice de masa corporal superior a 35. Es por ello que el fisioterapeuta trata de limitar este riesgo a través de la monitorización directa de las constantes vitales, niveles de percepción de esfuerzo y saturación de oxígeno relativa durante el ejercicio físico. No es tan solo responsabilidad directa del fisioterapeuta establecer un diagnóstico diferencial y un plan de acción basado en la evidencia, también es su responsabilidad la prevención de complicaciones durante el tratamiento.

No hay duda de que el paciente obeso tiene muchas más papeletas en la rifa para que sufra mareos, confusión, descoordinación, angor pectoris o pérdidas de conciencia (comúnmente a causa de hipoglucemia, alteraciones de la presión arterial o arritmias) durante una pauta de ejercicio ligero a moderado que el paciente con peso óptimo; el paciente obeso corre más riesgo de presentar un cuadro de fallo por congestión cardiaca o de infarto de miocardio durante ejercicio moderado a intenso que el individuo con peso corporal óptimo y es mucho más proclive a sufrir una lesión vascular durante la movilización vertebral cervical grado V que el paciente con un índice de masa corporal por debajo de 28. En mi propia experiencia, al menos la mitad de mis pacientes son obesos y al menos el 80% de mis pacientes con dolor lumbar son obesos y fuman más que un preso. Como consecuencia, el fisioterapeuta debe prestar especial atención a la revisión del historial clínico y quirúrgico del paciente obeso, a la medicación prescrita por el facultativo, a la medicación que el paciente toma por su cuenta y a la tolerancia del paciente al ejercicio físico durante y tras el tratamiento. Lamentablemente la prevención de una lesión cardiovascular durante la intervención fisioterápica cobra mayor relevancia terapéutica que el tratamiento de la lesión músculo-esquelética en si.

La revisión de historiales clínicos y su correlación con la prescripción farmacéutica del paciente, la monitorización de constantes vitales y la modificación de la prescripción de ejercicio terapéutico considerando el riesgo de lesión cardiovascular llegara a transformarse muy pronto en una de las prioridades clínicas del fisioterapeuta español.

Reconozco que podría haber utilizado un poco más de mano izquierda con el andoba de mi paciente al recomendarle que perdiera peso pero, como le dije a mi jefa en su despacho, estoy obligado moral, ética y profesionalmente a decírselo de una forma u otra. No

El fisioterapeuta debe prestar especial atención a la revisión del
historial clínico y quirúrgico del
paciente obeso, a la medicación
prescrita por el facultativo, a la
medicación que el paciente toma
por su cuenta y a la tolerancia del
paciente al ejercicio físico durante
y tras el tratamiento.

basta con recomendar al paciente que pierda peso y que se encomiende a San Severiano Adiposo, patrón de las tostadas con manteca de chistorra; no es suficiente con sugerir al paciente que controle su dieta y que se ejercite con frecuencia: el fisioterapeuta tiene la responsabilidad ética y profesional de salvaguardar la salud del paciente (gordo como una foca o con menos carne que un guiso de alambre) durante la intervención fisioterápica, de promover la salud integral de su paciente y de prevenir futuras lesiones a través de un tratamiento profiláctico basado en el ejercicio terapéutico. Lo que el paciente haga en sus ratos libres es responsabilidad de la flaqueza o la firmeza de su carácter y eso, afortunadamente, no es territorio de la Fisioterapia.

Referencias:

- 1.- www.cdc.gov
- 2.- www.unicefusa.org
- 3.- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, et al. Cause-Specific Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. Journal of the American Medical Association. 2007; 298(17):2028-2037
- 4.- Martinez, Moreno, Martinez-González. Prevalence of obesity in Spain. 2004 Aug;5(3):171-2
- 5.- Prof. Philip James, OTF, International Association for the Study of Obesity, 231 North Gower Street, London NW1 2NS, UK.
- 6.- www.prevob.lshtm.ac.uk
- 7.- Jackson-Leich, Mobstein. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. IJPO 2006 Vol 1, No 1, Pages 26-32
- 8.- www.iaso.org/iotf/







Felipe Querol (a la derecha) como intérprete del gran Freddy Kaltenborn en el II Congreso Nacional de Fisioterapia (Valencia, 1983)

Pioneros presentes de la provincia de Valencia: Felipe Querol Fuentes

José Ángel González

Los lectores asiduos a esta sección (confío en su profusión) habrán apreciado que desde su aparición la hemos centrado en personas o instituciones ya "retiradas", acercándonos en demasía al tópico de que solamente los jubilados y los "decesados" (como dirían algunos de nuestros hermanos hispanoamericanos) forman parte de la Historia (nada más lejos de la realidad). Pero dado que el presente número de nuestra publicación trimestral está centrado en la creciente evidencia científica de la Fisioterapia, qué mejor personaje para representarla, desde la historia reciente de nuestra profesión, que el insigne profesor Felipe Querol, uno de los pioneros docentes e investigadores más destacados entre los veteranos fisioterapeutas aún en activo de la Comunidad Valenciana. En efecto: nuestro apreciado Dr. Querol, formador de ingentes promociones de titulados en la Universidad de Valencia, es a un tiempo historia viva de la Fisioterapia (espero aprecie don Felipe semejante cumplido, muy alejado del concepto "paleontológico" del término, amén del cariñoso guiño que le lanzaba en la "Visión Periférica" del número de septiembre nuestro colaborador José Polo, aludiendo a su longeva alopecia...), y al mismo tiempo el presente enérgico de la profesión, pues no en vano se trata de uno de nuestros más valiosos y prolíficos "activos", en plena madurez laboral y con una tremenda experiencia científico-sanitaria. Les recuerdo al respecto, apreciados lectores, que les estoy hablando de uno de los primeros catedráticos de Fisioterapia en España. A continuación les describiré su perfil biográfico:

Nacido en Valencia en septiembre de 1950, en su primera juventud (yo diría que ahora está viviendo la segunda...) pretendía hacerse contable, pero afortunadamente siguió la vocación sanitaria de su padre, que era practicante, lo que con el paso del tiempo le ha convertido, sin ninguna duda, en el más polifacético de los pioneros de la Fisioterapia valenciana: contable, enfermero, fisioterapeuta, médico especialista en rehabilitación de las artropatías por coagulopatías congénitas, docente, investigador, inventor... (¡sí, señores y señoras: el Dr. Querol ha diseñado durante buena parte de su carrera profesional múltiples artefactos mecánicos, eléctricos y ortopédicos!). En definitiva, toda una inteligencia inquieta que se mantiene diligente actualmente.

Su formación académica se ha desarrollado básicamente en la Facultad de Medicina de su ciudad natal: Ayudante Técnico Sanitario (ATS) en 1970, Fisioterapia en 1972, Medicina en 1992, Doctorado en 2003..., si

bien ha realizado múltiples actividades de postgrado o de perfeccionamiento en España y, sobre todo, en el extranjero.

Aunque obtuvo tempranamente su plaza de ATS por oposición (enero de 1971), su vida profesional se ha polarizado en torno a la Fisioterapia y la Medicina, dedicando escasos años al ejercicio de la Enfermería (a nivel asistencial, pues ha desempeñado una significativa tarea docente en la Escuela de Enfermería de La Fe, así como otras actividades formativas al respecto).

Tras conseguir en febrero de 1973 el traslado como fisioterapeuta al Departamento de Rehabilitación del Hospital La Fe, donde tenía plaza de ATS, su actividad asistencial rápidamente se centró en dicha especialidad, incluso reconvirtiendo su inicial consulta privada de practicante (un término aún en uso) para dedicarla exclusivamente a tratamientos fisioterápicos, donde llegó a tener una clientela abundante (tras compartir la clínica privada con otro socio hasta los años noventa, desde su dedicación a la Medicina ha pasado el testigo a su esposa, también fisioterapeuta).

Querol ha desempeñado el ejercicio de la Fisioterapia, en el Hospital La Fe, en todas las facetas posibles: asistencial, investigadora, docente... incluso de gestión, al ser nombrado Jefe de Fisioterapia de "La Fe" en 1987.

Con el paso del tiempo ha ido diversificando su subespecialización como fisioterapeuta (sí, gueridos lectores, hasta el momento no podemos decir oficialmente "especialidades de Fisioterapia" en España, ¡parece increíble a estas alturas!): Querol comenzó dedicándose por entero a la Fisioterapia Respiratoria, donde ha sido pionero en el territorio nacional, con trabajos originales sobre mucoviscidosis y fibrosis quística. En pocos años fue concentrando su dedicación hacia el tratamiento de las lesiones medulares. Y nada menos que a finales de los años setenta inició su última y actual dedicación especializada: la Fisioterapia y la Rehabilitación en la hemofilia, una parcela tan "superespecializada" que le ha permitido llegar a ser un referente en ella tanto nacional como fuera de España. A ese respecto, y en palabras de su colega Joan Prat, como el propio profesor Querol ha llegado a contarme en más de una ocasión, "no es que seamos muy buenos, es que somos muy pocos en este cometido". No obstante, está trabajando en el mundo científico de la hemofilia con más dedicación desde que, ya como médico, ostenta una adjuntía en la Unidad de Coagulopatías Congénitas del Hospital La Fe.

En el aspecto corporativo, nuestro reputado protagonista está asociado a la histórica AEF (mencionada en varios de nuestros "Rincones Históricos") desde 1980, siendo su papel en dicha asociación siempre de carácter científico, destacando como corresponsal de la revista "Fisioterapia" entre 1985 y 1990. Más recientemente, colabora también directamente en el ICOFCV, siendo uno de sus actuales vocales. Pero es la investigación, con creces, una de sus principales señas de identidad, donde ya comenzaba a destacar como estudiante de Fisioterapia:

Al margen de formar parte del Comité Científico del Hospital La Fe desde 1983, ha desplegado una ingente labor en todas las sub-especialidades citadas, con un gran profusión de de artículos publicados, así como varios capítulos de libros. Asimismo, la asistencia como ponente a jornadas científicas, congresos y cursos, cuando no su propia participación en los comités organizadores de tales eventos, es el día a día de este bibliófilo empedernido (tiene asignado un presupuesto mensual destinado exclusivamente a la adquisición de literatura científica). Actualmente, en su calidad de eminente doctor, dirige varias líneas de investigación que interrelacionan diferentes aspectos de la Fisioterapia, la Hemofilia y la Medicina del Deporte, lo que le conlleva dirigir numerosas tesis doctorales de nuestros más inquietos y aplicados colegas.

La docencia es, junto con la investigación, su otro punto fuerte: iniciada de manera informal en los años setenta (colaborando en la formación práctica de los alumnos de la antigua Escuela Departamental de Fisioterapia de la Universidad de Valencia), comenzó su periplo oficial en 1985, junto a Pepe Meliá y Manolo Valls como primeros "Maestros de Laboratorio" del Hospital La Fe. Tras ejercer como Profesor Asociado entre 1987 y 1993, desde esta última fecha es Profesor Titular del Departamento de Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la Universidad de Valencia, del cual llegó a ser también su Director, y recientemente ha ocupado una Cátedra en dicho centro, que como ya sabrán nuestros avezados lectores, ha pasado recientemente a denominarse Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Valencia.

Sin ningún género de duda, el profesor Querol continuará aportando su erudita experiencia docente e investigadora en esa destacada institución durante muchos años más, que para eso le considero, con todo el cariño y aprecio que le tengo como compañero y amigo, "un gran joven muy, pero que muy, experto".

¡Sigue así, querido Felipe!



Felipe Querol en su despacho del antiguo Hospital La Fe, en septiembre de 2004



Neurodinámica

Carlos López Cubas. Col. 692

Profesor Asociado del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Valencia. Fisioterapeuta titular de OSTEON Alaquàs Centro de Fisioterapia. Socio Fundador de la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor.

La disfunción neural

Los nervios se han concebido clásicamente como cables, como estructuras inertes con la conducción de estímulos como única misión.

En realidad, los nervios periféricos son estructuras vivas y sensibles que, además de la conducción electroquímica de impulsos, cumplen otros importantes requerimientos fisiológicos como la capacidad de garantizar el flujo sanguíneo intraneural mediante los vasa nervorum, el transporte a nivel axoplasmático, la inflamación neurogénica, y la mecanosensibilidad relacionada con los nervi nervorum que inervan el tejido conjuntivo que protege y organiza en fascículos a las neuronas para formar el nervio periférico.

Para el desempeño de estas funciones, los nervios periféricos deben además ser capaces de asumir las fuerzas de tensión, deslizamiento y compresión, para adaptarse a los movimientos del cuerpo, estando estas funciones mecánicas del nervio en íntima relación con su fisiología.

Generalmente, al pensar en la patología del nervio se alude a la parálisis, falta de sensibilidad cutánea y disminución de los reflejos: son los signos negativos, relacionados con la denervación. No obstante, en la práctica, muchas veces los fisioterapeutas nos encontramos con clínica procedente del tejido neural sin déficits neurológicos detectables: el EMG puede mostrar resultados de normalidad, pese a la participación del tejido neural en los signos y síntomas del paciente.

El concepto de disfunción neural (relacionado con fenómenos inflamatorios y alteraciones patomecánicas que afectan al nervio periférico) hace referencia a esta situación, definiendo los procesos que cursan con los siguientes signos físicos.

- Postura antálgica: es la posición que adquiere el paciente para evitar el dolor, generalmente acortando el recorrido del nervio para disminuir su tensión, y/o abriendo las estructuras por las que discurre el nervio, como puede ser un agujero de conjunción.
- Alteración del movimiento activo, y alteración del movimiento pasivo (similar al activo)
- Respuestas anómalas en los tests neurodinámicos: los tests específicos que utilizamos los fisioterapeutas para someter a tensión y/o deslizamiento determinadas "porciones" del sistema nervioso.
- Alodinia mecánica en respuesta a la palpación de los nervios: dolor ante un estímulo de presión mediante

palpación, que normalmente no desencadenaría dolor, pero que al verse modificada la mecanosensibilidad neural sí duele.

La patomecánica neural y la neurodinámica

Los nervios discurren a través de túneles entre músculos, huesos, fascias, piel,... para llegar a los tejidos que inervan. El paso por estos lechos intertisulares, en ocasiones angostos, puede verse afectado por la patología de los tejidos circundantes, llegando a provocar una disfunción neural. Como ejemplos de casos clínicos relacionados con estos mecanismos, encontramos casos frecuentes como el síndrome del túnel carpiano, los síndromes del desfiladero escápulo-torácico, las radiculopatías lumbares que cursan con ciatalgias, y otros menos frecuentes como las plexopatías cervicales por radioterapia y ciruiía en muieres mastectomizadas.

Mejorar la relación dinámica del tejido neural con respecto a los tejidos circundantes, como comentaré más adelante, es uno de los objetivos de la neurodinámica.

En ocasiones, la participación de la disfunción neural en la clínica de los pacientes pasa desapercibida, dándose casos en que se confunden con otros cuadros más hacituales. Muchas talalgias atribuidas a la fascia plantar o al espolón calcáneo, son en realidad neuropatías por atrapamiento del nervio plantar lateral o el nervio calcáneo medial, y en muchas codos de tenista etiquetados como epicondilitis, más que inflamación de inserción de tendones encontramos afectación del nervio radial en la arcada de Fröshe.

Los fisioterapeutas contamos con herramientas diagnósticas específicas para valorar estas situaciones: la palpación del sistema nervioso y los tests neurodinámicos.

Con la palpación valoramos la mecanosensibilidad neural. Estudios recientes, entre los que destacaría los de Walsh 2009 y Schmidt 2009, han demostrado la fiabilidad de la palpación del nervio como herramienta diagnóstica.

Los tests neurodinámicos no son técnicas nuevas, y la mayoría surgen de un progresivo refinamiento de los tests neuro-ortopédicos clásicos. Las pruebas de Lasegue, Bragard, Neri, Kernig,... han servido de base para desarrollar los tests neurodinámicos que valoran la capacidad de asumir tensión y deslizarse de determinadas porciones del sistema neurodinámico longitudinal, que engloba la médula y sus envolturas meníngeas y las expansiones

nerviosas hasta los pies en forma de nervios periféricos. Estos tests son:

- Elevación de la pierna extendida.
- Flexión de la rodilla en decúbito prono.
- Tests neurodinámicos en decúbito lateral.
 - Slump test.
 - Slump test sentado en plano.

En lo respectivo a los miembros superiores y el plexo braquial, contamos con varios tests neurodinámicos, entre los que destacan por su aplicación clínica y científica:

- Test neurodinámico del miembro superior 1 (mediano), también llamada Test de Provocación del Plexo Braquial.
- Test neurodinámico del miembro superior 2a (mediano).
- Test neurodinámico del miembro superior 2b (radial).
- Test neurodinámico del miembro superior 3 (cubital).

Abordar la disfunción neural

A partir de las mismas técnicas de diagnóstico de la disfunción neural, la neurodinámica nos permite tratar la incapacidad de los nervios para moverse y deslizarse con normalidad respecto a los tejidos circundantes. Estas técnicas buscan, principalmente, deslizar el nervio, añadiendo tensión progresiva desde un extremo mientras la retiramos desde el otro. Son técnicas de deslizamiento, generalmente más indicadas que las técnicas de estiramiento (que resultan más agresivas). Un ejemplo, desde la posición de elevación de la pierna extendida, sería añadir la flexión dorsal del tobillo mientras devolvemos la pierna unos grados a la camilla, y retirar dicho componente tensor de flexión dorsal cuando volvemos a elevar la pierna recta, tensando esta vez el nervio ciático desde la cadera.

Otra parte importante del abordaje de la patomecánica neural

es abrir los pasos que ofrecen los tejidos con los que se relaciona el nervio periférico, permitiéndole una descompresión. Ante una radiculopatía cervical, con un test de Spurling positivo, o sencillamente en la que cuando el paciente realiza una inclinación y rotación cervical el lado de la lesión aparece un marcado dolor, podemos deducir que la compresión de la raíz inflamada en el agujero de conjunción supone un problema para nuestro paciente. Las técnicas articulares que consigan descomprimir progresivamente dicha raíz nerviosa (inclinación o lateralización contralateral, por ejemplo), estarán indicadas. Y, más adelante, podremos combinar estas movilizaciones articulares con deslizamientos de los nervios mediano, cubital v radial, dotando de un carácter más específico a la técnica.

Como continuación al tratamiento del paciente con una disfunción neural, podemos ofrecerle la posibilidad de realizar ejercicios en casa, con un carácter activo, para que realice, con seguridad y adaptado al momento evolutivo de su patología, técnicas de deslizamiento del nervio. Puede comenzar con ejercicios en posición de reposo neural, sin prácticamente carga de tensión,

musculo-esqueléticas en relación con la patomecánica neural, a la fiabilidad de las técnicas diagnósticas de palpación del sistema nervioso,...

Una revisión actualizada de estos estudios (destacando a autores como Coppieters, Butler, Shacklock, Nee, Vicenzino, Alshami, Jull y Ellis) resulta imprescindible para una práctica científica de la neurodinámica.





Juan López BoludaDecano del Ilustre Colegio

Oficial de Fisioterapeutas de la

Comunidad Valenciana

La Comisión del Ejercicio Libre de la Profesión del ICOFCV de la que soy responsable quiere compartir con todos los profesionales colegiados, y en especial con aquellos que trabajan en el ámbito privado, las actuaciones y las decisiones tomadas como consecuencia de las reuniones abiertas a los profesionales que se han celebrado en las tres provincias de nuestra Comunidad.

Las peticiones más generalizadas de los asistentes han sido el control y seguimiento de los masajes en las playas, la apertura de clínicas sin el profesional correspondiente; y en Alicante y Castellón la petición de un convenio para la Sanidad Privada para clínicas sin internamiento.

La Comisión ha nombrado un responsable por provincia: Alfonso Laguna Cerezo (Alicante), Álvaro Navarro (Castellón), Vicente Bou Vázquez (Valencia) para que sean ellos quienes lideren la mejora del ámbito privado de nuestra profesión.

ACTUACIONES

1. Intrusismo en las playas

En la anterior revista y en esta hemos informado de las reuniones mantenidas con los responsables de la subdelegación del Gobierno en Alicante y Castellón para proteger la salud de los bañistas. Era prioritario concienciar a los responsables políticos del riesgo de estos masajes y se ha conseguido puesto que se han llevado a cabo actuaciones por parte de la Policía Municipal, como por ejemplo en Benidorm.

En Valencia se está a la espera recibir contestación de la Diputación y saber quien es el interlocutor a quien dirigirle la preocupación del intrusismo en las playas y exigir que la policía local también vigile la costa valenciana.

2. Convenio sanidad privada

Ni en Castellón ni en Alicante existe un convenio que regule el trabajo de los fisioterapeutas en el ámbito privado. Este hecho provoca una desigualdad entre profesionales que trabajan en la misma Comunidad, ya que en Valencia sí existe.

Los responsables de elaborarlo son las diputaciones, los empresarios y los sindicatos. De momento, el ICOFCCV ya se ha reunido con los representantes sindicales para solicitarle el convenio para clínicas sin internamiento, y está a la espera de ser recibido por la tres Diputaciones.

3. El registro de profesionales sanitarios y clínicas

Con el esfuerzo de la Conselleria de Sanitat y el de los Colegios profesionales se ha creado un registro para conocer los profesionales sanitarios que existen en la Comunidad Valenciana.

El ICOFCV aconseja tener declarada la actividad de cada clínica. La web de la institución dispone de toda la información para registrarla.

Con la oportunidad que me brinda esta sección, no quisiera despedirme sin antes pediros a todos aquellos que tengáis clínica, que trasladéis a la sede colegial de vuestra provincia cualquier inquietud y/o duda para seguir mejorando los servicios colegiales.



Los Fisioterapentas y el IVA

La asesoría fiscal realizó, a principios de año, una consulta vinculante al IVA al Ministerio de Hacienda sobre la exención de este impuesto o tipo impositivo aplicable a las siguientes situaciones:

- 1.- Fisioterapeuta que presta sus servicios de Fisioterapia con diagnóstico médico previo al tratamiento y sin diagnóstico médico. Necesidad de justificación documental y de qué tipo
- 2.- Fisioterapeuta que realiza entre sus terapias la práctica de la acupuntura, osteopatía, hidroterapia, etc
- 3.- Fisioterapeuta que imparte clases de Pilates, Taichi y otras disciplinas similares.
- 4.- Fisioterapeuta que realiza terapias de adelgazamiento, masajes antiestrés, drenaje linfático, etc.

Recientemente hemos recibido en el Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valencia, la respuesta de la Dirección General de Tributos a la consulta vinculante realizada por el Colegio, en relación con la exención del IVA en la Fisioterapia, y la prescripción médica, tema que ha suscitado últimamente tantas dudas entre nosotros los fisioterapeutas y la Administración.

La consulta es la **V2630-11** de fecha 04/11/2011. En la Web de la Administración las consultas vinculantes están actualizadas hasta el 30/09/2011, para localizar la consulta íntegra podéis consultar la Web del ICOFCV.

De la lectura de la anterior Consulta Vinculante se desprende:

Que están exentos del Impuesto sobre el Valor Añadido los servicios de asistencia médica, quirúrgica y sanitaria, relativos a:

Diagnóstico, entendiendo como tal el servicio prestado con el fin de determinar una enfermedad o la ausencia de la misma.

Prevención, servicios prestados anticipadamente para evitar enfermedades o el riesgo de las mismas.

Y el **tratamiento**, servicio prestado para curar enfermedades.

Todo ello prestado por profesionales médicos o sanitarios entre los que se incluyen los fisioterapeutas (Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, Art. 7) aunque dichos profesionales actúen

por medio de una sociedad mercantil o se los presten a la misma, y ésta, a su vez, facture dichos servicios al destinatario de los mismos.

Entre dichos servicios exentos se incluyen los tratamientos terapéuticos prestados por fisioterapeutas, por tratarse de servicios de asistencia a personas físicas en el ejercicio de una profesión sanitaria. Se incluyen los servicios de acupuntura, osteopatía o hidroterapia, realizados por fisioterapeutas diplomados.

No hay diferencia de tributación por el hecho de existir una prescripción previa de un médico, siempre y cuando los servicios prestados sean de los ya descritos como exentos, que son:

La prestación a personas físicas de servicios sanitarios relativos al diagnóstico, prevención y tratamiento, prestados por un fisioterapeuta (profesional sanitario), cualquiera que sea la persona destinataria de dichos servicios. Ley 37/1992 Art 20-1 3°.

Están sujetos y no exentos del Impuesto sobre el Valor Añadido, tributando al tipo impositivo reducido del 8%, los servicios prestados por un fisioterapeuta diplomado, realizado con fines estéticos o relajantes.

También tributan al 8% la enseñanza del método Pilates y Tai-chi, así como su práctica, ya que la Dirección General de Tributos la califica como un deporte, y por lo tanto, se aplicará el tipo impositivo del 8% a las clases impartidas por un fisioterapeuta.

Desde el Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas se espera que con la anterior Consulta Vinculante todas las Administraciones de Hacienda aúnen criterios, lo que nos permitirá desempeñar nuestro trabajo con la tranquilidad de actuar conforme a la Ley.

Ejercicios Terapeúticos para prótesis de cadera

AUTORES

Sara Alcántara Pegalajar Cristina Albors Ortolá

INTRODUCCIÓN

La artroplastia de cadera es la sustitución de la articulación de ésta (Duncan y Masri, 2004).

Casi el 90% de los pacientes superan los 55 años. En más del 80% de los casos, la enfermedad que lleva a una prótesis, es la artrosis de cadera, definida como una enfermedad degenerativa articular, caracterizada por la destrucción del cartílago hialino que recubre las superficies óseas; leios de ser un proceso estático, la artrosis se produce por un deseguilibrio entre los mecanismos de regeneración y degeneración de dicho cartílago (Clínica Universidad de Navarra, 2009); aunque también puede resultar dañada por otras enfermedades, como la artritis reumatoide. esta es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida, crónica, es decir que dura mucho tiempo, y en ocasiones sistémica, por lo que puede afectar a cualquier órgano del cuerpo; se inicia en la membrana sinovial, capa que recubre la articulación por dentro, que aumenta de grosor y produce más líquido de lo normal, haciendo que la articulación aumente de tamaño debido a la aparición de derrame en la misma (Torralba, 2006)

En principio son tratamientos conservadores, que tratan de disminuir el dolor y mejorar la movilidad de la articulación lesionada; sólo cuando no se consigue, se recurre a la artroplastia, uno de los mayores adelantos de la cirugía ortopédica del siglo XX. (Álvarez, 2006)

El preoperatorio consiste en unos ejercicios para el fortaleci-

miento de los miembros superiores y el estiramiento de la musculatura de la cadera para la preparación al postoperatorio, donde comenzamos con los ejercicios terapéuticos (Unver et al, 2004).

El objetivo de este trabajo es revisar el efecto que tienen los ejercicios de rehabilitación de prótesis de cadera tanto para la preparación como para después de la operación con el fin de una mejor adaptación del paciente a su nueva situación.

Hemos buscado en las bases de datos MEDLINE, PUBMED, EBSO HOST, con las palabras clave "prosthesis", "hip", "exercises" y "physical therapy" limitando nuestra búsqueda a randomized controlled trial, además en Orthepedic Clinics of Norths America.

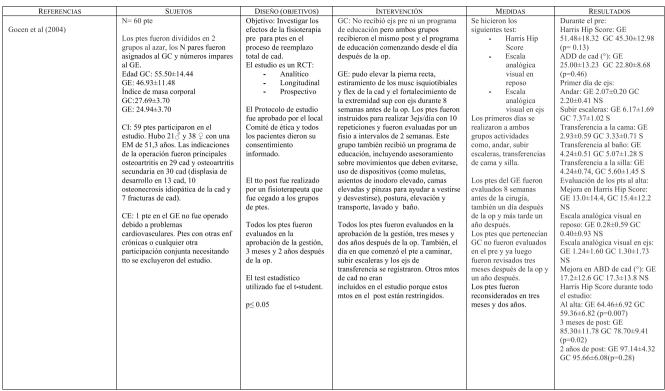
REFERENCIA	SUJETOS	DISEÑO(OBJETIVOS)	INTERVENCIÓN	MEDIDAS	RESULTADO
Ververeli et al (2009)	N = 81 sujetos Grupo 1: n³= 43 sujetos, 16 mujeres, E.M= 59.8 años. 27 hombres, E.M= 57.4 años. Grupo 2: n³= 38 sujetos, 16 mujeres E.M= 60.8 años. 22 hombres, E.M=58.8 años E: Entre 40 y 75 años. CI: Pacientes que necesitan prótesis de cadera. CE: Prótesis total de cadera anterior, deterioro auditivo, Alzheimer, menores de 21 años, personas con sobrepeso incapaces de andar 30 pasos sin ayuda	Los participantes fueron informados sobre el estudio en el que iban a participar antes de la operación. El estudio es un RCT: - Analítico - Longitudinal - Prospectivo Tomaron medidas al primer mes. Estudio es ciego. El coordinador no sabe a qué grupo pertenecen los sujetos, los escogió a través de una TNA, y les dio un sobre opaco con el grupo al que pertenecian. El test estadístico empleado es el t Student El objetivo del estudio evaluar al azar la seguridad y la eficacia de uno de los primeros protocolos de rehabilitación para pacientes con TRH. P≤ 0.05	El tratamiento dura hasta un año en ambos grupos. Pacientes obligados a 1 sesión de 1h. con el fisioterapeuta antes de la operación, instruirles en el pre. y post., y ser evaluados 4 semanas antes de la intervención, y en Imes, 3 meses y 1 año después de la operación. Tenían que escribir un diario con su evolución, a partir de que día podían andar con muletas, luego sin muletas y luego sin cojear. Grupo 1: rehabilitación estándar. Este grupo debe abstenerse de flexionar la cadera. Tenían tratamiento físico en casa 3 veces por semana en un mes. Los dos meses siguientes las restricciones cran la F90° y ADD 5°. Empezaron con la terapia física. Tras post. fueron llamados para la evaluación a las 2 semanas Grupo 2: rehabilitación precoz. Este grupo lo único que no podía hacer era cruzar las piernas. Comenzaron la terapia física en el hospital. Despues del post. fueron vistos y evaluados a las 2 semanas.	A los pacientes se les evaluó la marcha con muletas, sin muletas y sin cojear. Los test utilizados:	Los sujetos estudiados eran hombres y mujeres que necesitasen una prótesis de cadera que se encontraran entre los 40 y los 75 años. Tanto el GRE como el GRT se recuperaron de forma segura. Al final del estudio se encontraron diferencias, ya que el GRT fue más precoz en la rehabilitación que el GRE (P=0.03). Dias hasta que han caminado con muletas: La D.E en el GRE es de 16.4±9.5 (Min. 6 / Máx. 56), en el GRT es de 12.6±5.5 (Min. 2 /Máx. 28) y la diferencia de l.C entre los 2 grupos es de 3.82±3.49. Días hasta que han andado sin muletas: D.E en el GRE es de 39.0±15.4 (Min. 14 Máx.75), en el GRT es de 26.6±11.7 (Min. 10/Máx. 52) y la diferencia entre los dos grupos de 1.C es de 12.40±6.12. Días hasta conducir: D.E en el GRE es de 30.1±8.0 (Min. 22/Máx. 62), en el GRT es de 22.9±11.7 (Min. Máx.52) y la diferencia entre los dos grupos de 1.C es de 7.27±4.40. Días hasta no cojear: D.E en el GRE es de 67.3±27.2 (Min. 18/Máx. 152), en el GRT es de 27.2±4.40.

ANÁLISIS DE LA LITERATURA

TABLA RESUMEN

REFERENCIA	SUJETOS	DISEÑO(OBJETIVO)	INTERVENCIÓN	MEDIDAS	RESULTADOS
Smith et al (2009)	N*= 60 sujetos Grupo A: n*= 30 sujetos. 21 mujeres y 9 hombres, E.M: 66.2±11.3. Grupo B: n*= 30 sujetos. 12 mujeres y 11 hombres, E.M: 68.1±10.5. Hubo una baja de un sujeto que no podía asistir a las sesiones. C.I: sujetos mayores de 18 años que necesiten una prótesis de cadera. C.E: sujetos que no querían participar, los que no podían moverse ni con ayuda, los que requerían un injerto de hueso y los que necesitarían fijaciones.	Los sujetos fueron informados del plan de estudio antes de la operación. El estudio es un RCT: - Analítico - Longitudinal - Prospectivo Es ciego, el fisioterapeuta que evalúa a los sujetos no sabe a qué grupo pertenecen. Se toman medidas al inicio, a los 3 días, a las 6 semanas y al año. El test estadístico utilizado es el Mann-Whitney. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados finales de la evaluación de los efectos de ejercicios en cama en la función y la calidad de vida sobre el primer año de postoperatorio.	El tratamiento dura un año. G.A: Protocolo de reeducación de la marcha junto con ejercicios en la cama. Tenían que intentar andar, mínimo una vez al día, los ejercicios en cama eran, flex. cad., flex. d. y p. activos de tobillo, y ejercicios estáticos en Ds de cuádriceps y glúteos, de forma bilateral. Realizarlos 10 veces, 5 veces/día, y se realizan por otro fisioterapeuta que no sea el que les evaluará después. G. B: Protocolo de reeducación de la marcha sin ejercicios en cama. Realizar transferencias de Ds a DL, de DL a sentado, y de sentado a ponerse de pie, luego andar 4.57m., subir y bajar 3 escalones, marcha más de 13.4m. Evaluándolos según si necesitaban asistencia como, andadores para completar la tarea.	A los pacientes se les evaluó la evolución en cuanto a la marcha, a subir y bajar escaleras, las transferencias de la cama a la bipedestación, y la duración de los sintomas Los tests utilizados fueron: Oxford Hip Score ILOA Short from-12 Health suvervy (FS-12) Mann-Whitney Fueron evaluados con estos tests al inicio, a los 3 días, a las 6 semanas y al año, uno de los lugares en el cual se realizaron estas evaluaciones fue el hospital Con el test Mann-Whitney, se evaluó el análisis primario de la Escala de lowa y el FS-12, 1 semana al año, para medir la duración de los sintomas y la discapacidad de la articulación contra lateral. Además del grado de minusvalía, que se mide con el FS-12.	Los sujetos estudiados eran hombres y mujeres mayores de 18 años que necesitaban una prótesis de cadera. Los resultados están expresados en mediana y rango: ILOA: C.C. G.A: 0(0-2) & G.B:0(0-3.5) = NS(0.4296) S.C. G.A 0(0-0) & G.B:0(0-0) = NS(1.00). C.C & S.C = NS (0.773) SF-12: C.C. G.A: 32(31-33) & G.B: 33(31-34) = NS (0.288) S.C. G.A: 30(29-34) & G.B: 32.5(32-33) = NS (0.7649) C.C & S.C = NS (0.771) ILOA: P.L. G.A: 0(0-0) & G.B: 0(0-3.5) = NS (0.3170) A.L. G.A: 0(0-0) & G.B: 0(0-0) = NS (0.9156) P.L & A.L = NS (0.631) SF-12: P.L: G.A: 32.5(31-34) & G.B: 33(30-5.34) = NS (0.7130) A.L. G.A: 31.5(29.5-33) & G.B: 32(32-33) = NS (0.3193) P.L & A.L = NS (0.640)

Referencias Sujetos
REFERENCIAS N= 51 sujetos Grupo 1: GC= 30 cad de 2' Grupo 2: GE= 30 cad de 2' Edad GC: 48.9±12.9 GE: 49.9±10.0 Altura GC: 160.8±7.9 GE: 163.0±9.7 Peso GC: 66.5±9.7 GE: 69.5±13.7 CI= ptes <65años, ptr habian recibido al menos é de terapia física antes de dolor severo y limitación de cad restringiendo activic CE= artritis en otras a necesidad de tto, neurológio a fecciones causando discapacidad motora y revi PC.



LEYENDA

ABD: Abducción
ADD: Aducción
AL: Anterolateral
Art: Articulación
Cad: Cadera
C.C: Con cemento
CI: Criterios de Inclusión
CE: Criterios de Exclusión
D.s: Decúbito supino
D.L: Decúbito lateral
Ejs: Ejercicios

Enf: Enfermedad
Ext: Extensión
F: Flexionar
Fisio: Fisioterapeuta
Flex: Flexión
Flex. d. y p.: Flexión dorsal y
plantar
G: Grupo
GC: Grupo Control
GE: Grupo de Estudio
GRE: Grupo de rehabilitación
estándar
GRT: Grupo de rehabilitación
estándar

hora HHS: Test de Harris Hip Score Intervalo de confianza ILOA: Escala de Iowa metros Máx.: máximo de días Mín.: mínimo de días min: minutos mtos: movimientos musc: músculos número/s NS٠ no significativo número de sujetos en el na:

nb: número de sujetos en el grupo 2
Op: operación
PC: Prótesis de Cadera
Post: Postoperatorio
Pre: Preoperatorio
Pte/s: paciente/s
RCT: Randomized Control Trial
RE: Rotación Externa
Rhb: Rehabilitación
RI: Rotación Interna
ROM: Rango de movimiento

S: Significativo S.C: sin cemento

SD: Desviación Estándar Sem: semanas Sup: superior TNA: Tabla de números aleatorios

Tto: tratamiento
v: mujer
d: hombre
<: menor

COMENTARIOS DE LA TABLA

SUJETOS

El número total de sujetos que empezaron el estudio fueron 252. de los cuales finalizaron 250, un 99.21%. El porcentaje de hombres que participan en el estudio es de un 35.7% y de mujeres un 40.87%, sin tener en cuenta a los 51 pacientes del artículo Unver et al (2004) que no hay diferenciación de sexo. El rango de edad de los sujetos está comprendido entre 40 y 75 años. En los artículos Ververeli et al (2009) y Smith et al (2009) el principal criterio de inclusión es la necesidad de una prótesis de cadera y en Unver et al (2004) y Gocen et al (2004) diferencian

entre las distintas patologías y síntomas que nos llevan a una implantación de la prótesis.

Los criterios de exclusión son los siguientes: pacientes que ya tengan una prótesis de cadera, deterioro auditivo, Alzheimer, menores de 21 años, personas con sobrepeso incapaces de andar 30 pasos sin ayuda (Ververeli et al (2009)); sujetos que no quisieran participar o que no pudieran moverse sin ayuda, los que necesitaran un injerto de hueso o fijaciones (Smith et al (2009)); artritis de otras articulaciones en tratamiento, patologías causando discapacidad motora (Unver et al (2004)); y pacientes con otras enfermedades crónicas que necesiten tratamiento (Gocen et al (2004)).

DISEÑO

Todos son estudios ciegos para el fisioterapeuta u observador. En Ververeli et al (2009), Unver et al (2004) y Gocen et al (2004) nos indica que los resultados son significativos ($p \le 0.05$), mientras que en el otro no nos dice nada. Todos son estudios analíticos, prospectivos, aleatorios y longitudinales. Cabe señalar que en los estudios se han utilizado dos grupos, comparándose para sacar los resultados pertinentes; dichos grupos pueden ser de control y de estudio (Unver et al (2004) y Gocen et al (2004)) o simplemente que ejecutan un programa de ejercicios para rehabilitar la prótesis de cadera (Ververeli et al (2009) y Smith et al (2009)). El intervalo del tiempo de medición fue

entre el primer día del postoperatorio y 2 años después de la operación. Los test estadísticos utilizados fueron Mann-Whitney U-test para Unver et al (2004) y Smith et al (2009) y el test-student para Ververeli et al (2009).

INTERVENCIÓN

Los medios utilizados en los 4 artículos han sido diferentes.

Los artículos basados en ejercicios hablan, en Ververeli et al (2009) de restricción de movimientos según al grupo al que pertenezcan (flexionar cadera o flexión de rodilla y aducción de cadera) y en Smith et al (2009) de una combinación de ejercicios según al grupo en el que se incluyen (un grupo practica la marcha y el otro lo combina con ejercicios en cama). Los artículos en los que se diferencia entre grupo control y de estudio encontramos, en el Unver et al (2004) que recibe una rehabilitación o con carga parcial (grupo control) o con carga total (grupo de estudio); y en el Gocen et al (2004) nos diferencia que en el grupo control los pacientes no reciben un tratamiento preoperatorio mientras que en el de estudio sí, pero ambos reciben el mismo tratamiento postoperatorio y un programa de educación a partir del primer día que salen de la operación.

MEDIDAS

En los cuatro artículos siempre es el mismo observador. La finalidad de este apartado es explicar las diferentes variables de medidas y los test utilizados para llegar a unos resultados.

- 1- Harris Hip Score -> sirve para medir la discapacidad
- 2- Short from-12 Health suvervy -> nos mide la minusvalía
- 3- Lovett's concept -> sirve para valorar el rango articular es uno de los puntos que se valoran en la deficiencia
- 4- Universal Goniometer -> sirve para medir el rango articular, el

instrumento utilizado es un goniómetro y nos indica la deficiencia del paciente.

- 5- Six-minute walk test -> nos da a conocer el grado de discapacidad en la que se encuentra el suieto
- 6- Escala analógica visual en reposo y en ejercicio -> como el dolor es un dato subjetivo, el paciente nos indica en una escala el grado de molestia que tiene, por lo tanto, nos está indicando su discapacidad.
- 7- Escala de Iowa -> Nos indica los síntomas psicosociales del paciente y el grado de minusvalía que presenta.

RESULTADOS

De los cuatro artículos, tres muestran diferencias significativas entre grupos, en el artículo de Ververeli et al (2009), en Unver et al (2004) y en Gocen et al (2004) tienen una $p \le 0.05$.

En Ververeli et al (2009) todos los resultados son significativos aunque en el grupo de rehabilitación temprana fue más precoz con una p= 0.03 con respecto al grupo de rehabilitación estándar.

En Smith et al (2009) encontramos que el estudio no es significativo ya que todos los test realizados presentan resultados superiores a 0.05.

En Unver et al (2004) encontramos solo unos pocos test significativos aunque el estudio en general sí lo sea; fuerza del glúteo medio (p=0.002), fuerza del glúteo mayor (p=0.004), six minuteswalk (p=0.023), uso de muletas (p=0.000) y Harris Hip Score (p=0.000). Este último test coincide con Ververeli et al (2009) y en ambos encontramos que es significativo. Por otro lado, el estudio nos muestra que no es significativo a los tres meses del postoperatorio los grados de flexión (p= 0.789), extensión (p=0.362),abducción (p=0.928), adducción (p=0.900), rotación externa (p=0.344) e interna (p=0.603).

En Gocen et al (2004) nos divide en diferentes etapas:

- Periodo preoperatorio: no encontramos resultados significativos en los test Harris Hip Score (p=0.13) y en los grados de abducción de cadera (p=0.46)
- Primer día de ejercicios: son todos significativos menos el test para andar (p=0.14); los demás son subir escaleras (p=0.01), transferencia a la cama (p=0.02) al igual que la transferencia al baño y transferencia a la silla (p=0.001)
- Evolución de los pacientes al alta: ni Harris Hip Score (p=0.48) ni las escalas analógicas visuales tanto al ejercicio (p=0.89) como al reposo (p=0.54) ni los grados de abducción (p=0.97) no son significativos.
- Medición del Harris Hip Score: cuando al paciente se le da el alta (p=0.007) y a los tres meses después del postoperatorio (p=0.02) los resultados son significativos, mientras que a los dos años después del postoperatorio los resultados obtenidos no son significativos (p=0.28)

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

	CRITERIOS PEDRO	Tabla1	Tabla2	Tabla3	Tabla4
1	Muestra: Tamaño, Sexo, Edad, CI y CE. (Criterio PeDro)	1	1	0.5	1
2	Método de distribución de los sujetos en los grupos aleatorios (Criterio PeDro)		1	1	1
3	Concealed allocation. (Criterio PeDro)		0	1	1
4	Muestras similares al inicio en indicadores de pronóstico (Criterio PeDro).		0	0	0
5	Sujetos ciegos a la intervención. (Criterio PeDro)		1	1	1
6	Investigador que implementa la intervención ciego. (Criterio PeDro)		1	1	1
7	Observadores ciegos al grupo del estudio al menos en una medición. (Criterio PeDro)		1	1	1
8	Datos en medida de tendencia central y medidas de dispersión. (Criterio PeDro)		0.5	1	1
9	Medición considerada fundamental: mínimo 85%. (Criterio PeDro)		1	1	1
10	Sujetos tratados conforme al grupo en que fueron incluidos. (Criterio PeDro)		1	1	1
11	Resultado estadístico de la comparación entre grupos. (Criterio PeDro)	1	1	1	1
	Subtotal	10	8.5	9.5	10
	CRITERIOS GENÉRICOS				
1	Evaluación crítica de la literatura.	0	0	0.5	1
2	Presentación clara del problema y de los objetivos.		1	1	1
3	Referencias utilizadas en texto comprensible, recientes y numerosas.		1	1	1
4	Bajas		0.5	1	0.5
5	Consideraciones éticas.	0	1	1	1
6	Diseño, intervención y medidas (Criterio genérico)		0.5	0.5	0.5
7	Instrumentos de medida válidos y fiables.		0	0.5	0
8	Presentación clara de resultados.	1	1	1	1
9	Referencias a las limitaciones del estudio.	0.5	0	0	0
10	Interpretación de los resultados más allá del estudio.	0	0	0	0
	TOTAL	14.5	13.5	16	16

ANÁLISIS DE LA CALIDAD

Según los criterios PEDro, hay 2 textos que son bastante buenos pues ambos han obtenido un subtotal de 10, y son el Ververeli et al. (2009) y Gocen et al. (2004), en cuanto a los otros 2 el de Unver et al. (2004) sigue a los textos ya nombrados con un subtotal de 9.5 y luego el de Smith et al. (2009) con un 8.5.

Según los criterios genéricos, Unver et al (2004) y Gocen et al (2004) han obtenido la mayor puntuación con un total de 16 puntos mientras que Smith et al (2009) ha obtenido la puntuación más baja con un 13.5. Esto se debe a que en Referencias a las limitaciones del estudio, Interpretación de los resultados más allá del estudio, Instrumentos de medida válidos y fiables, Evaluación crítica de la literatura ha

obtenido un cero; y dentro de los criterios PEDro en Concealed allocation (Criterio PeDro), Muestras similares al inicio en indicadores de pronóstico (Criterio PeDro).

CONCLUSIÓN

El objetivo de este trabajo es revisar el efecto que tienen los ejercicios de rehabilitación de prótesis de cadera tanto para la preparación como para después de la operación con el fin de una mejor adaptación del paciente a su nueva situación.

Una vez terminado el trabajo hemos llegado a la conclusión de que el preoperatorio y la educación del paciente aunque siempre se ha pensado que es beneficioso en el estudio Gocen et al (2004) no muestra una ayuda a la evolución del paciente. En Ververeli et al (2009) y Unver et al (2004) hemos observado que una rehabilitación acelerada con carga de peso total y sin restricciones de movilidad de la cadera mejora el proceso de recuperación del paciente. Por otro lado, según lo visto en Smith et al (2009) podemos concluir que los ejercicios realizados en cama no suponen ni un beneficio ni un empeoramiento, es decir, son insignificantes en la mejora del postoperatorio.

Las limitaciones que hemos encontrado al realizar el trabajo han sido que tan solo es la revisión de cuatro artículos, solo hemos podido buscar información en los ordenadores de la Universidad Cardenal Herrera-CEU y al buscar artículos RCT nos restringía la búsqueda de más información.

Algunas recomendaciones que daríamos a los autores de los artículos son una mejor interpretación más allá de los resultados obtenidos ya que no lo mencionan y la mejor explicación de los instrumentos de medida y test utilizados.

Personalmente pensamos que a pesar de lo que se conoce habitualmente, habría que documentarse e investigar más sobre el tema para que la rehabilitación del paciente operado de prótesis de cadera sea al 100% satisfactoria.

REFERENCIAS

- 1. VERVERELI P.A., LEBBY E.B., TYLER C., FOUAD C. (2009). Evaluation of Reducing Postoperative Hip Precautions in Total Hip Replacement: A Randomized Prospective Study. Spotlight on hip and knee 32 (19)
- 2. SMITH T.O., MANN C.J., CLARK A., DONELL S.T (2009). Bed exercises following Total Hip Replacement: 1 year follow-up of a single-blinded randomized controlled trial. Hip International. 19 (3) pp.268-273
- 3. UNVER B., KARATOSUN V., GUNAL I., ANGIN S. (2004). Comparison of two different rehabilitation programmes for thrust plate prosthesis: A Randomized Controlled Study. Clinical Rehabilitation. 18, pp 84-91
- 4. GOCEN Z., SEN A., UNVER B., KARATOSUN V., GUNAL I. (2004). The effect of preoperative phisiotherapy and education on the outcome of total hip replacement: a prospective randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation. 18, pp 353-358

cuida tu salud



PONTE EN MANOS DE UN PROFESIONAL



Doble programa de Suelo Pélvico en relación al embarazo

Aurora Galindo Salt Margarita Sabater Cuello Ma José Vidal García

PROGRAMA DE FISIOTERAPIA UROPERINOESFINTERIANA PARA EMBARAZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Introducción

Estoy embarazada de 8 meses, desde hace pocas semanas noto que pierdo orina cada vez que me río, toso, o me agacho. Pienso que es por el peso de esta "barrigota". Supongo que cuando tenga mi bebé todo volverá a ser como antes, aunque mis amigas comentan que desde que fueron mamás tienen cada vez más pérdidas. Mi madre también se queja de lo mismo, claro que en su época no se hacía preparación al parto...

Mi prima está casada y con dos niños. Su relación con el marido es estupenda, pero cada vez tiene menos apetencia sexual....; por qué?

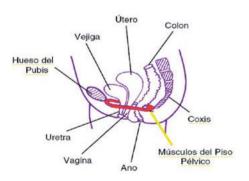
Mi tía-abuela vive en una residencia de ancianos. Se integra en el ocio de la residencia pero nunca ha ido a una de esas excursiones tan baratas en las que se lo pasan tan bien...; por qué?

¿Qué es la incontinencia?

La OMS considera la incontinencia urinaria (de esfuerzo o urgencia) como una enfermedad desde 1997 y la define como la pérdida de orina que ocasiona un problema higiénico, social y psíquico y limita la actividad física de la persona que la padece.

¿Qué es el suelo pélvico (sp)?

El suelo de la pelvis está compuesto de capas de músculos y otros tejidos. Estas capas se extienden como una hamaca desde el coxis (rabadilla) en la parte trasera hasta el hueso púbico en la parte delantera. El suelo pélvico de la mujer sostiene la vejiga, el intestino y el útero cumpliendo por tanto un importante papel en el control de la micción, la defecación y las relaciones sexuales.



Cuándo se debilita el SP

- · Embarazo y parto
- Deportes de saltos e impacto
- Deportes de alto riesgo perineal: gimnasia, aeróbic, tenis, baloncesto, equitación, atletismo (especialmente de velocidad y fondo)
- Deportes de bajo riesgo perineal: Natación, golf, streching, ciclismo, patinaje.
- Levantar repetidamente objetos pesados (buscar ayuda)
 - Tos crónica (fumadores, bronquitis y asma)
 - Obesidad
 - Cambios hormonales en la menopausia
 - Mal estado físico general
 - Hábitos cotidianos:
 - Retener mucho tiempo la orina
 - Empujar con fuerza para vaciar la orina
 - Vestir con prendas muy ajustadas
- Estreñimiento (poca ingesta de líquidos y fribra, vida sedentaria). Hay que evitar hacer fuerza al defecar
- Tocar instrumentos de viento, el canto... (cualquier aumento de la presión intraabdominal)
- Ingerir exceso de líquidos excitantes como té o café...

¿Cómo me doy cuenta?

- Pérdida de orina
- Pérdida de heces y/o gases
- Prolapso genital
- Dolor v congestión pélvica
- Alteraciones en las relaciones sexuales (falta de orgasmo, relaciones sexuales dolorosas...)

¿Por qué ejercitar el SP?

Es importante que las mujeres de todas las edades conserven la fuerza de los músculos del suelo pélvico.

Las mujeres con incontinencia de esfuerzo, es decir aquéllas que regularmente pierden orina al toser, estornudar o hacer deporte, pueden beneficiarse especialmente con estos ejercicios.

A las mujeres embarazadas estos ejercicios les ayudan a soportar mejor el aumento de peso del bebé. Los músculos que están sanos y firmes en el período prenatal se recuperan más rápido después del parto.

A medida que la mujer envejece, los músculos cambian y se pueden debilitar.

Los ejercicios rutinarios ayudan a disminuir los efectos de la menopausia ayudando al sostén de la pelvis y control de la vejiga.

Estos ejercicios deben combinarse con un programa de entrenamiento de la vejiga

¿Cómo contraer los músculos del SP?

Lo primero es identificar los músculos (Autopalpación). Siéntate sobre una toalla enrollada longitudinalmente.

- 1. Siéntate o acuéstate relajando muslos, nalgas y abdomen (No compensar).
- 2. Contrae el ano como si estuvieras tratando de controlar una diarrea o gas. Relájalo. Practica este movimiento varias veces sin apretar las nalgas.
 - 3. No "Stop pipi".

Mientras haces los ejercicios

- · NO mantengas la respiración.
- NO empujes hacia abajo en vez de apretar y levantar.
- NO aprietes el abdomen, nalgas o muslos.

Crea una rutina (Ej.: contraer cada vez que pases bajo una puerta).

Ejercicios

1. Aprieta y contrae el ano, la vagina y la uretra (levántalos hacia adentro). Mantén la contracción firme (cuenta hasta 5), relájate (cuenta hasta 10).

Repetir 10 veces.

Con la práctica se puede aumentar la contracción de 5 a 10 segundos.

- 2.10 contracciones cortas y rápidas, pero firmes.
- 3. Ejercicio "del Ascensor": Contracciones perineales mantenidas que van aumentando de intensidad. Al relajar, disminuir la intensidad de la contracción progresivamente



Aplicación de los ejercicios

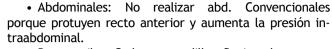
• Liberación de la pelvis: rodillas semiflexionadas y caderas en rotación neutra. Realizar movimientos de retroversión pélvica partiendo de posición neutra. En la retroversión contraer el suelo pélvico, tanto con contracciones lentas como rápidas (En BP, pelota y cuadrupedia)



- En BP buscar el equilibrio realizando movimientos ántero-posteriores y laterales (como si fuera un péndulo).
- Movimientos en 8 y en el centro hacer una contracción del periné (BP y cuadrupedia). Como en la danza del vientre.
- Pelota de Bobath: brazos en antepulsión de 90° con una ligera flexión de codos, cogemos entre las manos un theraband. Realizamos una retroversión pélvica con contracción del suelo pélvico a la vez que separamos los brazos (Abd. Irradiados)



- Cuclillas:
- Posición en cuclillas con apoyo de toda la planta del pie, sin ayuda de las extremidades superiores. Aguantar la posición y descansar.
- En esta posición, realizar contracciones perineales rápidas.
 - Ejercicio del ascensor.



• Boca arriba: Caderas y rodillas flexionadas, manos sobre la rodilla. Al espirar ejercer presión de las manos sobre las rodillas sin que haya movimiento (abd. Isométrico). Mismo ejercicio con brazo y pierna contralateral.















Abdominales con theraband







Cuadrupedia

- Boca arriba: Tumbada con los pies apoyados en la camilla. Coger una cinta de resistencia con las dos manos, brazos extendidos hacia arriba. Coger aire y al expulsarlo separar los brazos mientras dure la espiración. Ídem en diagonal. (Abd. Irradiados).
- Cuadrupedia: Estirar las piernas y apoyar su peso en los dedos de los pies; el peso de los brazos se apoya en los antebrazos. Coger aire y al expulsarlo mantener la espalda recta como una tabla de planchar. Volver a la posición inicial.

Conseios

- Es importante hacer bien los ejercicios. Un número menor de ejercicios bien hechos beneficia más que varios hechos a medias.
- Cuando los haya aprendido, debe hacerlos regularmente prestando atención a cada serie. Puede que le ayude dejar por lo menos cinco períodos durante el día para hacer los ejercicios. Por ejemplo, después de ir al baño, mientras bebe líquido o al tenderse en la cama.
- Obtener buenos resultados toma tiempo. Para poder desarrollar los músculos del suelo pélvico, hasta alcanzar su fuerza máxima, deberá trabajar de forma constante durante una larga temporada.

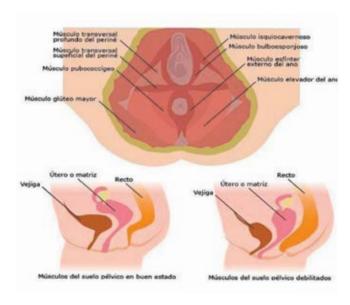
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA UROPERINOESFINTERIANA A LA MUJER PUÉRPARA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Introducción

El 40% de las mujeres embarazadas sufre incontinencia durante el embarazo, cifra que desciende hasta entre el 20% y el 30% en el postparto de manera espontánea.

Es importante una buena recuperación en el caso de haber sufrido algún trastorno, incluso aunque éste desaparezca, pues estas mujeres son las que más posibilidades tienen de sufrir incontinencia cuando sean más mayores o bien otras disfunciones relacionadas, como son los dolores lumbares o pélvicos.

Para que la recuperación sea óptima, es imprescindible trabajar no sólo los músculos del suelo pélvico, sino también los del abdomen, con los que están intimamente relacionados y a los cuales apenas se tiene en cuenta



Factores riesgo de lesión del suelo pélvico (sp) durante el puerperio

- · Parto vaginal
- Parto instrumental
- Multiparidad
- Desgarros
- Recién Nacido: Peso recién nacido mayor de 3.700gr; Perímetro craneal >35,5 cm ; Diámetro biparietal >99 mm.
 - Distancia anovulvar <2 cm.
- Incontinencia urinaria y/o prolapsos durante la gestación.
 - · Factor hereditario.

Beneficios del programa

- Los ejercicios realizados durante el puerperio están destinados a recuperar la fisiología del suelo pélvico.
- La intención es que las mujeres integren el trabajo realizado en su vida cotidiana y durante el resto del día practiquen estos ejercicios.
- La realidad es que las mujeres no conocen su cuerpo ya que hasta que deben reeducar el suelo pélvico, no saben ni que existe. De aquí, a que se dé tanta importancia al hecho de conocer esa zona de la anatomía femenina
- Una de las ventajas de hacer los ejercicios de Kegel es que se pueden combinar con otras actividades, de manera que la mujer no tendrá excusas para no realizarlos.
- Según datos de la revisión sistemática publicada en la Cochrane Library, con estos ejercicios a largo plazo se observan tasas de curación del 60-70%

Tratamiento

I.- POSTPARTO INMEDIATO

(primeras 48 horas- sexta semana)

- Pasadas 48 horas del parto se deben comenzar a hacer ejercicios de Kegel del suelo pélvico.
- Control de una postura correcta tanto cuando la mujer esté sentada, de pie o amamantando al bebé.
 - Evitar cargar peso.

Fad

- Contraer el suelo pélvico ante los esfuerzos, ante la contracción abdominal: coger al recién nacido, toser, estornudar,...
- No realizar ejercicios abdominales tradicionales por la presión que engendra a nivel intraabdominal distendido. Esto hace que desciendan los órganos y se instaure
 - Evitar estar mucho tiempo de pie.
- Evitar la inmovilización para no provocar problemas vasculares. Realizar ejercicios circulatorios.
- Control de la episiotomía o del desgarro: Masaje cicatriz.
 - Realizar medidas contra el estreñimiento
- Cuclillas con el tronco hacia delante, taburete. Posición que alinea el eje de la ampolla rectal y el del canal
 - · Medidas dietéticas: fibra y agua

II.- POSTPARTO TARDIO

(a partir de la sexta semana)

- Es necesaria una valoración toraco-abdominal para evaluar la competencia de la musculatura abdominal y la presencia de diástasis de los rectos anteriores de abdomen y de la sínfisis púbica.
- Se puede iniciar la gimnasia postparto. Los ejercicios abdominales que se realizarán serán siempre hipopresivos. (Se realizan en aspiración diafragmática y apnea espiratoria, y en posturas facilitadoras de relajación diafragmática). Beneficio de los hipopresivos:
 - Disminuye la presión intraabdominal.
 - Provoca la contracción abdominal de forma refleja.
 - Tonifica la musculatura del SP por vía refleja.
- Provoca un efecto de succión de las vísceras con lo que disminuye la tensión ligamentosa.

Ejercicios

RECORDATORIO EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO

Posición: Mujer sentada sobre una pelota pequeña que permite sentir mejor las contracciones del suelo pélvico, hay una mayor percepción de esta estructura. Posición correcta/erguida de la espalda.

Ejecución: contraer el suelo pélvico en la espiración. Repetir al menos 5 veces.

1. Aprieta y contrae el ano, la vagina y la uretra (levántalos hacia adentro). Mantén la contracción firme (cuenta hasta 5), relájate (cuenta hasta 10).

Con la práctica se puede aumentar la contracción de 5 a 10 segundos.

- 2. 10 contracciones cortas y rápidas, pero firmes.
- 3. Ejercicio "del Ascensor" contracciones perineales mantenidas que van aumentando de intensidad. Al relajar, disminuir la intensidad de la contracción progresivamente

Posición: Mujer tumbada con caderas y rodillas flexionadas. Manos en la parte anterior de los muslos.

Ejecución: Resistir la flexión de las piernas durante la espiración, con contracción del suelo pélvico.

Repetir al menos 5 veces.

RESPIRACIÓN ABDOMINAL: HIPOPRESIVOS

Posición: la mujer se sitúa tumbada boca arriba con flexión de caderas y rodillas para una buena alineación lumbar.

Ejecución: Se realizan respiraciones profundas y tranquilas intentando durante la espiración introducir lo máximo posible la parte inferior del abdomen (zona infraumbilical) en dirección al suelo.

Repetir 5 veces





Respiración abdominal: Hipopresivos

Conclusión

Es interesante comprobar como una herramienta tan sencilla, sin riesgos y de muy bajo coste, puede resultar tan eficaz para prevenir tanto la incontinencia urinaria como la fecal.

Los programas de ejercicios basados en contracciones mantenidas del suelo pélvico y la gimnasia abdominal hipopresiva se deberían incluir de manera sistemática en los programas de salud maternal en atención primaria, y deberían ser dirigidos por un fisioterapeuta.

El método de Madre Canguro en una Unidad de Neonatología

Juan Carlos León, María Álvarez y Encarna Rubio. Fisioterapeutas pediátricos del H.U La Fe de Valencia.

Cada año nacen en el mundo veintisiete millones de neonatos con bajo peso, la gran mayoría (96%), en países en vías de desarrollo. En España, actualmente rondan los 38.000 nacimientos prematuros anuales. madamente dos tercios de todas las muertes de recién nacidos en los países en desarrollo se producen dentro de este grupo de neonatos.

Hay veces que ante problemas difíciles aparece una solución muy fácil, eso pasó a finales de los años setenta en el Instituto Materno Infantil de Santa Fé de Bogotá, Colombia, este hospital funcionaba como un hospital de primer nivel, cubriendo las necesidades de un amplio sector de la población de bajos recursos económicos en la capital. Las condiciones con las que contaba esta institución para desempeñar su misión no eran las mejores; sumado a la deficiencia de recursos tecnológicos y a las dificultades financieras, existía una situación crítica de hacinamiento y mortalidad entre los recién nacidos de

Siguiendo los parámetros tradicionales de la atención de los recién nacidos, al nacer, los prematuros eran aislados de sus madres, situación que generaba un alto índice de abandono debido a los prolongados períodos de separación. Las pocas incubadoras disponibles frente al alto número de recién nacidos, obligaban al hacinamiento y facilitaban la proliferación de infecciones y otras enfermedades.

En 1978 el doctor Edgar Rey Sanabria, preocupado por esta situación, y con el ánimo de contribuir en la búsqueda de soluciones efectivas, vislumbró la posibilidad de dar un tratamiento alternativo al método convencional contemporáneo de atención para neonatos de bajo peso al nacer, facilitando el contacto temprano del prematuro con la madre y promoviendo la lactancia natural a través del manejo ambulatorio una vez superadas las circunstancias críticas de los recién nacidos.

La propuesta era novedosa y planteaba cambios importantes frente al manejo de los pacientes. A pesar de las resistencias iniciales, con la entrada de las madres a un lugar hasta ahora restringido y el manejo ambulatorio de los prematuros, se empezó a registrar una disminución en los índices de morbilidad y mortalidad, lo que animó al Dr. Rey a plantear una estrategia más amplia que se convertiría en lo que hoy conocemos como el Programa Canguro.

Desde 1979 el doctor Héctor Martínez Gómez se hizo cargo del programa Canguro, y a pesar de las difíciles condiciones que debió sortear para mantenerlo en funcionamiento, logró hacerlo operativo y crear en su interior una efectiva dinámica de trabajo con las pacientes, haciendo viables las soluciones planteadas por el programa desde sus comienzos.

Después de largos años de reflexión y de experiencias clínicas, el método de madre canguro se fue difundiendo primero hacia países llamados del tercer mundo y más tarde hacia Estados Unidos y países europeos.

El término "cuidado de madre canguro" deriva de las similitudes con los cuidados materno-filiales en los marsupiales; el canguro nace con aproximadamente 3 cm de longitud y sólo tienen formadas totalmente las manos, con las cuales se agarran al pelaje de la madre dentro de la bolsa marsupial, en ella "madura" hasta que a los cuatro meses ya se atreve a sacar la cabeza de ella.

En 1978 el doctor Edgar Rey Sanabria, vislumbró un tratamiento alternativo de atención para neonatos de bajo peso al nacer, facilitando el contacto temprano del prematuro con la madre y promoviendo la lactancia natural.

Las "madres canguro" se utilizan como "incubadoras" y como fuente principal de alimento y estimulación para los neonatos de bajo peso al nacer hasta que alcanzan la maduración suficiente para enfrentar la vida extrauterina en condiciones similares a las de los nacidos "a término".

El método se aplica únicamente después de la estabilización del neonato de bajo peso y todos los recién nacidos de este tipo requieren un período variable de cuidados convencionales antes de poder recibir el cuidado de la madre canguro. Durante su práctica la calidad del cuidado de la salud del bebé deberá cumplir los estándares de la unidad de cuidado mínimo neonatal.

El método de madre Canguro representa un paso hacia la "humanización de la neonatología", estimula el vinculo afectivo y la lactancia, dos elementos esenciales para el mejor desarrollo del recién nacido prematuro.

Los componentes principales del método canguro son:

Posición Canguro: Contacto piel-a-piel entre la madre y el bebé, el máximo de tiempo posible, en estricta posición vertical, en posición de rana, para evitar el reflujo y la broncoaspiración, en medio del pecho de la madre, bajo su ropa. La temperatura del bebé permanece dentro del rango normal (36°), gracias al calor del cuerpo de la madre. Transmite también sus olores, sus sonidos y gestos, su aliento y sus defensas a la vez que favorece el inicio de la lactancia, este intercambio mejora el desarrollo cerebral de los recién nacidos y el desarrollo de la afectividad, generando un vinculo (bonding) apropiado y una relación (attachment) segura.

Dentro del servicio de neonatología el fisioterapeuta integra y corrige estas posturas, indicando cómo manipular el bebé y cómo transportarlo de manera que sugiera el menor stress posible para el bebé, mejorando las habilidades paternas y ayudando e mejorar el "apego" familiar.

Cualquier otra persona puede compartir el rol de la madre como un proveedor de la posición canguro. La "madre canguro" debe recostarse en posición medio sentada, cómoda, relajada, para transmitirle a su hijo estas sensaciones de placer y tranquilidad; de seguridad.

Las madres de los niños que permanecen hospitalizados pueden ingresar varias veces al día a las unidades de cuidado neonatal para alimentar a sus niños y practicar la posición canguro. Este tiempo se aprovecha para educar a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna, la forma correcta de mantener la posi-



Madre con su niño en la unidad de neonatología <mark>del hos</mark>pital La Fé de Valencia.

ción canguro, el manejo del niño, favoreciendo además la relación afectiva entre éste y la madre.

Alimentación canguro: Lactancia materna exclusiva, siempre que sea posible. La coordinación de la succión/ deglución, cierre epiglotal y uvular de la laringe y pasajes nasales, y una motilidad esofágica normal, son procesos altamente sincronizados que usualmente están ausentes antes de la semana 34 de gestación. Inicialmente, se sigue una estricta programación de alimentación. Cuando el crecimiento del bebé muestra ser adecuado, la programación se acomoda a las demandas del bebé. El objetivo es lograr una tasa de ganancia de peso cercana a la del crecimiento intrauterino durante el tercer trimestre de embarazo (15-20 gr./Kg. por día hasta la 40 semana de la edad gestacional).

Existen cada vez más pruebas de que la alimentación del prematuro con lactancia materna proporciona un mejor desarrollo neurocognitivo.

Salida temprana de las unidades de neonatología. Alta hospitalaria temprana cualquiera sea el peso o la edad gestacional. La estabilización de la respiración, temperatura y alimentación son cruciales para el éxito de esta intervención. La definición de estabilización no es precisa, y se ha definido como independiente del peso y la edad gestacional, que son las variables más importantes asociadas a dichas funciones vitales.

Actualmente el método de madre canguro se ha instaurado en las unidades de neonatología, el contacto piel con piel, la lactancia materna y la pronta salida de estas unidades devuelve al "estado natural" la relación familiar, permitiendo a todos los recién nacidos permanecer "apegados" a sus madres canguro.

La formación cada vez más integral de los profesionales y la tecnología, cada vez más eficaz, debería ayudar a conseguir este fin en todos los sistemas de salud.



Madre en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del hospital U. La Fé, con su niño de 27 semanas de EG.



Por cierto, el 19 de noviembre es el día nacional del niño prematuro.

Cursos organizados por el ICOFCV

CURSO DEL DOLOR Y SU TRATAMIENTO: CARACTERÍSTICAS, ALIMENTACIÓN, SUPLEMENTA-CIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

C/ Almussafes B2° piso 1° Beniparrell (Valencia) INVASA "Instituto Valenciano de la Salud"-Lugar:

Impartido por: Begoña Ruiz Núñez, fisioterapeuta colegiada nº 1357 Ilustre Colegio oficial

de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid.

Fechas: Edición I 18, 19, 20 Mayo 2012

20 horas Horas:

Viernes 15.00- 20.00h, sábado 8.30-14.00 v 15.00-20.00h v domingo 8.30- 14.00h Horario: Colegiados y estudiantes 240€ / Precolegiados: 220 € / No colegiados ICOFCV: 260€ Precio:

DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR. ALICANTE

Sede Colegial Alicante C/ Pintor Velazquez, nº 11 Entresuelo Izquierda Lugar:

Leandro Gutman Impartido por:

Edición VI 13, 14,15 Abril 2012 Fechas:

Viernes 15.00- 20.30h, sábado 9.00-13.00 v 14.00-19.30h v domingo 9.00- 14.00h Horario:

Horas:

Colegiados y estudiantes:130 € / Precolegiados: 110 € Precios:

DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR. ALICANTE

C/ Almussafes B2° piso 1° Beniparrell (Valencia) INVASA "Instituto Valenciano de la Salud"-Lugar:

D. Javier Montañez Aguilera. Fisioterapeuta. Prof Tit UCH-CEU Edición XV 18, 19,20 mayo / 8, 9,10 junio 2012 Impartido por:

Fechas:

Viernes 15.30-20.30h, sábado 9.00-14.00 y 15.30-20.30h y domingo 9.00-14.00h Horario:

Horas: 40 horas Plazas:

Precios: Colegiados v estudiantes: 270€ / Precolegiados (dar nº prec.): 240€

Cursos organizados por otras entidades

MÁSTERS TÍTULO PROPIO

1-Máster Universitario en Terapias Manuales

Organiza: Universidad Europea de Madrid Lugar: Campus Villaviciosa de Odón

Duración: 1 AÑO

Dirigido a: Este programa conjunto está diseñado para diplomados en Fisioterapia, que quieran adaptar su diplomatura al grado equiparándose a los futuros graduados en Europa a través del Curso de Adaptación al Grado en Fisioterapia, mientras se especializan en el Máster Universitario en Terapias Manuales. Fisioterapia Manual Ortopédica (FMO) ó el Máster Universitario en Terapias Manuales.

Fisioterapia Osteopática Fechas: Inicio en Diciembre Contacto (Tel, Correo-electrónico):

Oscar Ruano Tel. 91 211 53 48

Email: carlos.gomez@uem.es

Curso acreditado por (en caso de existir acreditación):

Dos títulos Universitarios Oficiales:

Graduado en Fisioterapia

Máster Universitario en Terapia Manual Ortopédica u

Osteopática

CURSOS

2. IV Curso Reeducación del Suelo Pélvico

Organiza: Universidad Europea de Madrid Lugar: Campus Villaviciosa de Odón

Duración: 1 AÑO

Dirigido a: Este programa conjunto está diseñado para diplomados en Fisioterapia, que quieran adaptar su diplomatura al grado equiparándose a los futuros graduados en Europa a través del Curso de Adaptación al Grado en Fisioterapia, mientras se especializan en el Máster Universitario en Terapias Manuales. Fisioterapia Manual Ortopédica (FMO) ó el Máster Universitario en Terapias Manuales. Fisioterapia Osteopática

Fechas: Ínicio en Diciembre Contacto (Tel, Correo-electrónico):

Oscar Ruano

Tel. 91 211 53 48

Email: carlos.gomez@uem.es

Curso acreditado por (en caso de existir acreditación):

Dos títulos Universitarios Oficiales:

Graduado en Fisioterapia

Máster Universitario en Terapia Manual Ortopédica u

Osteopática



TRASPASO clínica de fisioterapia con 10 años de funcionamiento en Onda (Castellón), tiene 110 m2.

Licencias de Apertura y Sanidad concedidas. Hay dos amplias cabinas de tratamiento, una con un despacho para recibir a las primeras visitas + 1 box (espacio más reducido), un baño, vestuario de hombres y mujeres, recepción y mesa ordenador en la entrada. Música y aire acondicionado en todo el local.

Gimnasio de 35 m2 con tatami puzzle a medida, donde se imparten clases de Yoga, Danza de Vientre y Pilates. Seguirían impartiéndose y sólo esto ya es una buena fuente de ingresos.

La clínica se traspasa por traslado a otra comunidad, está en pleno funcionamiento, amplia cartera de clientes, justifico ingresos. No es porque sea mío, pero es una GRAN OPORTUNIDAD.

Alguiler del local: 500 €. Precio del traspaso negociable, MEJOR VERLO.

INTERESADOS LLAMAR AL 678 639 648. SUSANA

SE TRASPASA CENTRO DE FISIOTERAPIA en VALENCIA, con dos PISCINAS de amplias dimensiones (6x12m y 4x7m), local de 640m2. Nuevo (antigüedad 3 años). En perfecto estado, totalmente equipado. Zona recepción, despacho administración, dos consultas, todo con mobiliario y material informático necesario (4 ordenadores, fax, fotocopiadora, impresora), tres cabinas para tratamiento, gimnasio, tres baños, dos piscinas adaptadas para tratamientos de fisioterapia (con grúa), zona de vestuarios (masculino y femenino) adaptados para minusválidos, almacén, sala de máquinas y calderas de las piscinas, pasillo de emergencia de 25 metros. Aparatos de electroterapia (radar, ultrasonidos, tens, lámpara de IR, electroestimulación...), parafina, espalderas, poleas, escalera dedos, material pilates, bicicleta estática, una camilla eléctrica y dos fijas, material de piscina... Amplia cartera de clientes (95% privados) Seguros médicos (DKV, Axa, Groupama) Teléfono 619103460

SE TRASPASA clínica de fisioterapia y rehabilitación en Vinaròs. Clínica situada en la calle principal del pueblo y en uno de los edificios más emblemáticos de Vinaros. Consta de 154m cuadrados: 4 habitaciones con camillas hidráulicas, 1 despacho con camilla normal, 2 baños de los cuales uno está adaptado, recepción, sala de espera, material, maquinarias y todo lo necesario para trabajar como fisioterapeuta. CLÍNICA A PLENO RENDIMIENTO TANTO EN PRIVADOS COMO EN MUTUAS. Además de tener todas las mutuas privadas, tenemos todas las mutuas laborales de la zona, excepto mutuas como Unión de Mutuas o Fremap que tienen centros propios. Clínica con el número que lo certifica como centro sanitario de la comunidad valenciana. Traspaso debido a problemas de salud. Interesados llamar al: 659584447 o al 678725891 ó a: evabort@gmail.com

SE VENDE centro de Fisioterapia y Rehabilitación completamente reformado en el centro de Elche. Local de 200m2: dos vestuarios completos, aire acondicionado, 4 boxes, superficie diáfana, recepción, despacho independiente, sala de espera, preparado para salida de baño turco, con preinstalación de hilo musical... PRECIO: 290.000 Euros. Hipoteca con posibilidad de subrogación: 122.000 Euros. Resto a convenir. Tel: 678 47 94 19 (Vicente Ramón).

SE TRASPASA clínica de Fisioterapia en Torrent, por jubilación (27 años de antigüedad). Preguntar por Bárbara: 666 89 40 98 / 96 156 20 91

Atención a la oferta: Se TRASPASA centro de Fisioterapia en Castellón por no poder atender. Totalmente equipada (aparatos de electroterapia, US, IR, camillas, espalderas, tracción...) Planta baja de 110m2 en zona Plaza María Agustina, en funcionamiento desde hace año y medio; local con reforma integra. Pocos gastos mensuales. Cartera amplia de clientes privados y de aseguradoras. iii Por solo: 18.000 €!!! URGE TRASPASAR Contacto: 679321446 (Victor)

SE TRASPASA clínica de fisioterapia, por no poder atender a 20 min. de Murcia y 25 de Alicante. Totalmente reformada. 140m2. Consta de: despacho, sala de espera, 3 boxes y amplio gimnasio. Incluye aparataje completo (US, láser, aparato de electro combinado, magneto, IR, tens, presoterapia, paralelas, 3 camillas hidráulicas y 2 fijas...). Amplia cartera de clientes y mutuas (Asisa, DKV, Fraternidad, Axa-Winthertur...). Mobiliario (mesas sillas etc.). Precio: 42.000€ (negociable) + alquiter.

Tel: 608 263 185 doctor-fleming@hotmail.com

SE ALQUILAN uno o dos gabinetes en clínica dental en funcionamiento ubicada en bajo en zona Avda. Francia. Incluye servicio de Recepcionista. Tel: 963 445 090 (Anabel o Amparo). Con el objetivo de tener actualizada esta sección, se ruega a los anunciantes que comuniquen a fisioterapialdia@colfisiocv.com los cambios que se hayan producido en sus anuncios.

Los anuncios que se hayan publicado durante un año completo, es decir, cuatro números, serán retirados del Tauler. Para reinsertarlos, los interesados tan sólo deberán volver a enviar la información o solicitar explícitamente su continuidad. Agradecemos de antemano vuestra colaboración y esperamos que esta sección sea de utilidad para todos. Muchas gracias.

ALQUILO casa y consulta de Fisioterapia con 2 camillas en Pilar de la Horadada (Alicante). A 5 Km. de la playa. Por motivos de cambio de residencia. Se incluye cartera de clientes en pleno rendimiento. Contactar a los tel. 96 676 75 21 ó 654 953 216 ó 654 729 662. O bien a los correos electrónicos julian@fisioterapiaelpilar.com ó juliancazauxh@hotmail. com.

SE ALQUILA centro de fisioterapia, con dos cabinas y zona de gimnasio. Situado en la C/ Cavite 123 bajo. Aparato de presoterapia y electroterapia combinada opcional.

Interesados contactar con Amparo teléfono 651756571

Se ofrece compartir clínica de rehabilitación completa en horario de mañana con más de 1000 clientes en cartera zona Archiduque Carlos/Tres Cruces. 18.000€ flexibilidad de pago. Contacto 963580358

TRASPASO de Centro de fisioterapia en Benidorm (Alicante). Precio: 60.000€. En funcionamiento desde el año 1988. Con cartera de clientes demostrable, trabajo también con mutuas, volumen de clientes diarios unos 30 ó 40 personas. 5 cabinas, hilo musical en todas las estancias y cristales de seguridad. INVENTARIO Sala de espera con T.V, zona de oficina, 4 Camillas (2 eléctricas y 2 normales con taburetes), 2 electroterapias con ultrasonido y laxe, 2 pequeñas de electroterapia, 1maquina de crioterapia, 1 L.P.G. 2 colchonetas (aire), bicicletas estáticas (monark), banco sueco, pesas etc. Lámparas Arte-midea. Interesados llamar (Mª Dolores): 646 252 383 Actualizado 8.01.09

TRASPASO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA Y REEDUCACIÓ FUN-CIONAL, en el pueblo de Alboraia (Val'encia) dando su fachada principal a la calle Vicario Belenguer Nº2 bajo. Zona muy bien orientada con salida a un bulevar, y estupendamente comunicada i con fáciles accesos, desde donde puede llegarse en metro (2 paradas 50m) o en EMT(1 parada 70m). Un local de 240 m2 perfectamente amue-blado (Despacho de atención a 1ª visitas con sala adjunta de reconocimiento y exploración-tratamiento) y equipado con 2 boxes individuales con camillas eléctricas para tratamientos manuales, manipulativos y de masaje, una zona de tratamiento amplia con 3 camillas y aparatos de electroterapia: ultrasonidos, combi de electroanalgesia, 3 electroestimuladores, 3 tens, lampara IR, otra zona de aguas con piscinas individuales para tratamientos de crio-termoterapia, y otra zona muy amplia de gimnasio para la realización de cinesiterapia y terapias grupales como yoga, pilates, RPG... Hasta el día de hoy con una clientela fija muy importante que ha estado acudien do sin problemas en horario de 16,30 a 21,00 de lunes a viernes. Estos pacientes en un 90% con carácter privado, el otro 10% ha estado cubierto por las compañías de segu-ros DKV y GRUPAMA, además de tener convenio con el seguro escolar. La fisioterapia que hemos desarrollado en esta clínica ha sido siempre fundamentalmente deportiva y traumatológica. No dudéis en llamar para cualquier con sulta y para poder ver sin problemas las instalaciones. Luis Beltrán. Fisioterapeuta 670 36 23 17

TRASPASO clínica de fisioterapia "Fisiomar" situada en Calle Gran Vía, 13 en Sax. La clínica está en pleno funcionamiento, es la única de la población de 10.000 habitantes, tiene concierto con mutuas y aproximadamente 300 historias de pacientes privados. Fue abierta en febrero de 2007, equipada con aparatos de electroterapia, 3 salas privadas, despacho, gimnasio, 1 baño, almacén y recepción. Es un local de 75 metros alguilado situado en la calle principal de la población. El ambiente de la clínica es minimalista, acondicionada con toda clase de detalles y muy práctica para el desempeño de nuestra profesión. Si quieres más información puedes contactar en: clinicafisiomar@hotmail.com
Tlf: 658920338 o 966313385.

Se traspasa clínica de fisioterapia, osteopatia y pilates, en Benetússer, por razones personales. La consulta está en pleno funcionamiento desde hace cinco años, amplia cartera de clientes. El bajo tiene 120m cuadrados repartidos en tres salas de tratamiento completamente equipadas con camillas eléctricas, electroterapia, ultrasonidos y láser, una sala de pilates, tres baños, un despacho, sala de espera, sala para el personal. Todo con parquet y decoración moderna. Interesados llamar al tlfn: 650233302 Estler.

ES VEN un ultrasons de la marca ELECTROMEDICARIN model Megasonic 212K a estrenar amb maleta per a transportar-lo per 1000€. Està valorat en 1500€. Es ven radar de la marca ENRAF NONIUS del model Radarmed 650 plus amb tres capçals de tractament, amb molt poc ús, per 3000€. El seu valor real és de 5000€ aprox. Interessats contactar amb Isaac al 618614244 o al e-mail isaacgomar@hotmail.com.

Alquiler o venda de una clínica de fisioteràpia a Verger (Alacant). Té 100 metres quadrats i està equipat i a punt per a entrar a treballar.

Contacte: 649 25 93 76 (Àngela)

TRASPASO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA EN CASTELLÓN. Se traspasa clínica de fisioterapia y neuro-rehabilitación en Castellón. La clínica está ubicada en bajo de 100 m2 con recepción, baño, vestuario, despacho y gimnasio amplio. Está todo equipado.

Actualmente en funcionamiento, con cartera de clientes y de mutuas (DKV, AXA, Sersanet....)

Con muchas posibilidades: fisioterapia, neuro-rehabili-tación (adulta y pediátrica), yoga (o cualquier otra activi-dad dado el espacioso gimnasio).

La clínica está situada próxima a la Av. Capuchinos y a la zona centro.

Se traspasa por no poder atender.

Interesados escribir a fisiogl@hotmail.com o llamar al 658114458 y preguntar por Maria Jesús.

SE VENDE planta baja destinada a clínica de fisioterapia (11 años) en Burriana (Castellón). Tiene 135 m2 y está lista para ponerse a trabajar. Es compatible con más actividades. Además de clínica se están dando clases de yoga, estiramientos de cadenas musculares Tai chi y biodan Espacio de sobra para compartir con otros terapeutas (podología, medicina, odontología...) Tiene varias salas para tratamiento, 2 boxes pequeños, sala multiusos de 40 m2, duchas hombres y mujeres, baño y altillo. 180.000 euros. Antonio Bucho, colegiado número 286. teléfono 670716262. Correo-e antoniobuchopaes@gmail.com pongo de un precioso ático en el mismo edificio, también en venta.

SE VENDE Spinal Mause, herramienta precisa de diagnostico para valoración vertebral. Precio 4800 euros valorado en 7000. Incluye maleta y software. También se vende REFORMER de madera P&P con torre y todos sus accesorios prácticamente nuevo muy poco uso, precio 1500 euros. Mas información 617470692 preguntar por Rafa. Mando fotos por correo electrónico.

VENDO máquina de corrientes gymna combi 200. Corrientes de todo fipo (analgesia, estimulantes, iontoforesis, etc...) y Ultrasonidos.

Electrodos spontex con cinchas y adaptadores para electrodos adhesivos. Gel de ultrasonido.

Muy buen estado, recién pasada revisión y actualización software.

Maletín de transporte.

El precio real de todo es de unos 4.0000 euros. Lo vendo apróximadamente

por la mitad negociables.

Ricardo Soria Gimeno deixler ric@hotmail.com

SE VENDE lote de aparataje de fisioterapia de un año de antiguedad. Consta de 3 camillas hidráulicas y 2 fijas de ecopostural; aparato de US; aparato de láser intelect mobile stim; 2 Tens neuronal rehabilitador; aparato combinado de electroterapia intelect A therapy, system; aparato de presoterapia: brazo y pierna; lámpara de infrarrojos; MO; Magnetoterapia Varimag 2E.; paralelas; Cuñas, rulos, pesas, mancuernas, bicicleta estática; Precio total: 15000 € (negociable). Posibilidad de vender por separado. Tel: 608 263 185

doctor-fleming@hotmail.com

Se alquila clínica de fisioterapia totalmente equipada, con servicio de Podología incluido en Pinoso (Alicante). En concreto a 20 minutos de Elda y a 45 minutos de Alicante y Murcia. Los interesados pueden llamar al teléfono 654855498 y hablar con Lucía Luna

Se vende Intelect Mobile Combo (Eletroterapia y Us) de la marca Chattanoga Group, modelo 2778 a es trenar. Comprado en Marzo de 2009 pero está sin usar, sólo un único uso para comprobar que funciona. Se vende completo; con electrodos flexibles, esponjas, cabezal Us, CD de instrucciones, cable de alimentación, gel conductor... En el mercado se en cuentra ahora mismo entre 2200-2300 euros (con Iva), yo lo vendo por 2000 euros negociables. Interesados ponerse en contacto con María Arañó, teléfono: 662437541 o a la dirección de correo: am.mariah@gmail.com

SE ALQUILA centro de fisioterapia en San Juan (Alicante). Local 300m2. 3 boxes, piscina, 2 gimnasios, hidroterapia, equipos de electroterapia, ultra sonidos, magnetoterapia, microonda, laser, mecano-terapia. 6 camillas, de las cuales 2 hidraulicas y una neurologica electrica. Car tera de clientes. Mutuas y compañías. 667436076.

SE VENDE PLATAFORMA VI-BRATORIA (Compex Win-plate). Nueva. Con certificado médico. Garantía de fábrica. Precio: 2990 euros. Puedes verla en: www.compexwinplate.com Posibilidad de probarla antes. Contacto: 655.800.141 (Miguel)

VENDO CAMILLA PLEGABLE DE ALUMINIO. Color verde claro, respaldo elevable, con agujero facial y altura regu-lable. SEMINUEVA 190 euros TLf: 654252244

Alquiler de un box o habitación que libre en una clínica de Fisioterapia (Monserrat, Valencia). Ideal para desempeñar funciones como podologia, psicologia, endocrino o nutricionista, acupuntura, osteopatia etc... otras actividades distintas a la fisioterapia.

Preguntar por: Celia García Jódar, teléfono es 667918001

Con el objetivo de tener actualizada esta sección, se ruega a los anunciantes que comuniquen a fisioterapialdia@colfisiocv.com los cambios que se hayan producido en sus anuncios.

Los anuncios que se hayan publicado durante un año completo, es decir, cuatro números, serán retirados del Tauler. Para reinsertarlos, los interesados tan sólo deberán volver a enviar la información o solicitar explícitamente su continuidad. Agradecemos de antemano vuestra colaboración y esperamos que esta sección sea de utilidad para todos. Muchas gracias.

VENDO CAMILLA PORTÁTIL ECO POSTURAL POR 150 euros. Tiene 8 años pero no ha sido apenas utilizada y está en perfecto estado. Contacto: osteopasilvia@gmail.com Tlf. 655611914 Silvia Molin

VENDO maguinaria de pilates en buen estado: Stott Pilates Reformer con tabla extensora y 2 Wall Units con raiser mat. Contactar con Sergio Rada 617 21 00 67

VENDO espaldera de madera barnizada sin usar, de 2 o 2,20 m de altura por 170€, biombo para consulta lacado en blanco a 60€, plancha par ejercicios de skay color azul con precio a convenir, también se regala jaula de rocher para colgar. Paqui. Denia, Alicante. Tlf 625 59 11 78. pakinmoran@hotmail.com

SE VENDE por no utilización camilla Enraf Nonius, mod.manumed optimal 3, hidráulica, color gris, tres cuerpos, muy buen estado de conservación. Año 2004 Precio: 1.100€. Localidad: Orihuela. Contacto: Cristina Pertegal 630 548 134 cph349@hotmail.com

SE VENDE aparatología clínica de fisioterapia en perfecto estado (apenas utilizado, tiene 3años). Urge vender por no poder atender clínica. Mesa de manos y tendones, plato de boheler, láser, sonopuls, curapuls... (Lorena) 649 877 771 /696 500 876

SE VENDE Jaula de Rocher, con todos los accesorios, camilla, etc ... y mesa de manos, nuevo a precio de segunda mano. Telf: 605 61 78 54. Victor M. Motoliu Pitarch

VENDO camilla eléctrica de Ecopostural. Brazos laterales abatibles y periféricos. Respaldo elevable y abatible. Precio 900 Euros Laia Oliver Tlf. 669146944

VENDO MATERIAL PARA CLINICA Tres camillas fijas meta-licas 180x70x70: 331'81 unidad. Una camilla Mamumed, hidráulica: 2389'75. Un Magneto con camilla automática Celenoide: 4437'42. Una escalerilla dedos madera: 39'81. Un bastidor de Paleoterapia: 500'00. Dos Negatoscopios de dos cuerpos: 107'00 unidad. Un Podometro: 219'00. Una vitrina: 500'00. Un Autoclave para esterilizar material : 2521'00. Una cabina para audiometrías: 2900'00. Una camilla pediátrica. Una balanza. Un medidor. Se aplicará un 25% de descuento a todo el material. Todo el material es de Enraf Nonius y Fundación Garcia Muñoz. Aparato Vitalterm Automático (Fisioestetica) con accesorios 5000'00. También un 25% de descuento. Contacto llamando a los teléfonos 659 760 608, 637 761 391 y 96 291 05 51, preguntar por Ángel. Podemos hablar de condiciones de pago.

VENDO o ALQUILO Oficina / Despacho / Consulta / Local comercial compartido en Centro de Negocios, situado en Avenida Alfredo Simón nº 32-B, de 46520 Puerto de Sagunto (Valencia), El Local comercial - despacho, esta com pletamente montado y tiene: 101 m2 de superficie. Más de 25 metros de fachada / escaparate, Esquinero a 3 esquinas. Situado a pie de calle, en avenida amplia, con bulevar y alto tráfico rodado. Altura de techos más de 4,35 metros (posibilidad de altillo y rotulación extra de fachada). Totalmente equipado, Ámueblado 2 aparatos de aire acon dicionado, Sala de juntas Persiana de acceso de apertura o cierre eléctrico, con mando a distancia. Cuarto de baño. Los precio de venta o alguiler del local comercial son los siguientes: - Precio de venta de todo el local 270.000.-Euros. - Precio de venta del local comercial segregado 110.000 Euros (50 m2 detrás /esquina trasera). 160.000 Euros (50 m2 délante /esquina à la Avenida). - Precio de alguiler de todo el local comercial 900.-Euros/mes. - Precio de alquiler del local comercial segregado 450.-Euros/mes (50 m2 detrás/esquina trasera). 600 Euros/mes (50 m2 delante/esquina a la Avenida). - Precio de alquiler en la modalidad de centro de negocios, despacho compartido a partir de 300.-Euros/mes. El local es de mi propiedad, y está libre de cargas y gravámenes, si tuvieras interés en alquilar o comprarlo los pasos serían lo siguientes: 1.- Concertar día y hora de visita a local comercial. 2.- Si lo quieres adquirir o alquilar y si no te encaja el precio, oferta en firme por tu parte (estudiaríamos también en caso de interés de compra, la financiación del 100 % + gastos de la compra). 3.-Tras estudiar tu oferta y la actividad a desarrollar, te contestaría en 24 horas. Miguel de Asís (col . 1.208) teléfono 962671111 / 600 47 48 88.

Vendo material por cierre de clínica. El material está en perfecto estado, tiene 2 años de antiguedad.

Escalera-rampa con pasamanos color azul

Paralelas 3 metros tambien azul.

Balón bobath, 120 cm diámetro, color rojo.

Para-care

Bicicleta

Escalerilla de dedos de madera

Espaldera de 2 cuerpos, 2,20 de longitud.

3 Sillas de despacho en color gris.

Frigorífico Aspes 2 puertas

Dispensadores de papel y jabón. Asideros de pared para baño de minusválidos.

Mesa + sillon de despacho

Por favor interesados contactar con Maria Jesús: fisiogl@hotmail.com, o llamar al 658114458. Dispongo de fotos para enseñar el material.

Trabajo en una consulta privada que deseo compartir con otro fisioterapeuta en la zona de la Marina Baja. Interesados llamar al 679101823

El Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana vol donar la seua benvinguda a tots els Fisioterapeutes que s'han col.legiat des del 28 de setembre al 25 de novembre de 2011.

Alicante València 3860 - AMAT LLAMAS, ALICIA MARIA 3807 - BARKALD, UNN TONJE 3784 - AGUILO FURIO, JESUS 3782 - ANDREU ESCORIHUELA, TERESA 3819 - BEHNOUÓ-HEYDAR, NAZANIN 2101 - BALAGUER GINER, ESTHER 3569 - BERNABEU LLINARÉS, MARIA DEL MAR 3832 - BARGUES GIMENO, SARA 3834 - BORI ZANON, REGINA 3829 - CHAMORRO ARDILA, MARLEN ROCIO 3828 - BRU LOZANO, CRISTINA 3866 - CARRERES CANDELA, CAROLINA 3794 - COMES ESCRICHE, M° VICTORIA 3789 - COSTA TEBAR, JOSE MIGUEL 3813 - CUENCA CUENCA, RAMON 3855 - CASTELL SAURA, ANGELA 3839 - CASTELLUCCIO LAGALA, AMALIA IRENE 3856 - COLL HERRERO, ROBERTO 1211 - CRISTIA GARCES, ASUNCION 3833 - DEBEAUMONT, SEGOLENE 2732 - ESCUDERO SERNA, FRANCISCO 3848 - DOMINGO JACINTO, AMPARO 3778 - ESCORIHUELA PUCHADES, ANTONIO 3837 - FLORES BELDA, MARTA DEL CARMEN 3795 - ESTELLES GONZALEZ, GABRIEL 3821 - FERRANDO FERRI, CLARA 3863 - GARCIA BELENGUER, INMACULADA 3805 - GALERA PEREZ, ALBERTO MANUEL 3825 - GOMIS TORRALBA, RAFAEL 3823 - GUTIERREZ ARENÁS, MANUELA 3787 - JORQUERA MARTINEZ, FATIMA 3785 - GARCIA CLIMENT, MONTSERRAT 3803 - KAMSTEEG DE SANSONE, JEANNETTE 3810 - GARCIA LOPEZ, DULCE MARIA 2253 - GIMENO SALVADOR, MARIA TERESA 3843 - LLOPEZ PASTOR, ANA 3827 - LOPEZ ANTON, JOSEFA ISABEL 3853 - MARTINEZ ESTEVE, MARIA TERESA 3858 - MELENDEZ OLIVA, ERIKA 3792 - GOMEZ CABANES, ARACELI 3835 - GOMEZ GARCIA, RUBEN 3808 - GONZALEZ CORBERA, LAURA 3800 - MIRALLES ALTED, CONCEPCION 3836 - GONZALEZ GONZALEZ, LAURA 3864 - HUELAMO RAUSELL, IÑAKI 3798 - MOSTEIRO FERRER, MARINA 3824 - IZARD SALAZAR, MARINA 3804 - NAVARRO REDONDO, HECTOR 3861 - LOPEZ PEREZ, MIGUEL ANDRES 3793 - MACIAN FELIPE, PEDRO JOSE 3799 - MARIN BATALLER, RAMON 3862 - PASTOR SERNA, NATALIA 3842 - PERSON RUKIN, MARIA THERESE 3865 - POLBACIU, PAMELA 3857 - PRIETO CASTELLO, MARIA JOSE 3830 - MARTORELL GIMÉNEZ, PATRICIA 3845 - MATEU NAVALON, LINA 3797 - MCKEEL CARO, CONCEPCION 3806 - RATCLIFFE, SIMON JAMES 3801 - RICO GIMENEZ, MARIA TERESA 3814 - ROMERO MARTINEZ, PEDRO 3847 - RUIZ MARCO, JOSE MARIA 3816 - MENENDEZ CALABUIG, ROBERTO 3779 - MINGUEZ GOMEZ, JOSE VICENTE 3817 - MONTORO ORDUÑA, CARLOS 3781 - RUOFF, SARA 3802 - SALCEDO ARRANZ, RAUL 3849 - NAVARRO KRAUSS, CARLOS 3867 - TORRES BELDA, JOAQUIM 3796 - PEIRO CLIMENT, AMPARO 3783 - PEREZ ESTEVE, AZAHARA 3844 - PERPIÑA MARTINEZ, SARA 3851 - PUCHADES RENAU, ANA 3859 - RODRIGUEZ PANTOJA, RAUL 3820 - ALEGRE ZURANO, LLEDO 3852 - RODRIGUEZ ROMERO, ALMUDENA 3818 - ROIG REQUENA, ROBERT 3826 - ALONSO BERNAT, VALERIA 3841 - LASARTE DOMINGO, ALBERTO 3809 - NAVARRO SARRION, LAURA 3831 - ROMERO AVILA, JOSE LUIS 3815 - OLUCHA PUCHOL, JOAN 3840 - REBOREDO VALDES, CESAR 3786 - ROMERO DIAZ, TAMARA 3788 - SANMIGUEL GARCIA, LORENA 3790 - SANTABIBIANA GINER, ALFREDO 3777 - ROCHERA FONT, JOSEP 3811 - SERRA MORAGUES, DANIEL 3822 - SOLER LOPEZ, CARLOS 3776 - SUAREZ MOYA, RAQUEL Cuenca 3812 - TABERNER MORTES, PABLO 3846 - TAMAYO CARREÑO, DAVID 3780 - TORRENT SILLA, JOSE MARIA 3791 - VALTUEÑA GIMENO, NOEMI 3854 - VAZQUEZ ARIZA, SILVIA 3838 - GOMEZ MAESTRA, JAVIER 1190 - CECILIA CANALES, FRANCISCO JAVIER 3850 - VILLARROYA HUETE, VICTOR

Tarifas 2011

REVISTA

Características técnicas:

Periodicidad: Trimestral Tamaño: 210mm x 280mm

N° Págs: 50-60 Color: Portada e interior

Tirada: Digital

Tarifas:

Interior portada (210x280 mm)	680 €
Contraportada (210 x 280 mm)	750 €
Interior contraportada (210 x 280 mm)	640 €
Interior a una página (210 x 280 mm)	535 €
Interior a media página (210 x 140 mm)	320 €
(105 x 280mm)	320 €
Encarte	750 €
Interior ¼ de página (105 x 140mm)	175 €

Descuentos:

1.	Por contratar 2 números	5%
2.	Por contratar 4 números	10%

NORMATIVA PARA MAILING

Para realizar el envío de un tríptico o de cualquier documento informativo que se desee publicitar, se ha de solicitar con tres meses de antelación, enviando a la sede colegial el contenido y el modelo o boceto del documento a enviar.

La Comisión de Publicidad procederá a su estudio, y tanto si la decisión es o no favorable, se comunicará de inmediato a la entidad organizadora

Los gastos del envío serán los siguientes:

- 1. Franqueo: será el resultado de multiplicar el nº de colegiados por el coste del franqueo según establezca correos. Las tarifas, dependiendo del peso, suelen oscilar entre estas dos cantidades: 0.34 € o 0.45 €.
- 2. Gastos de manipulación y material: Por el nº total de Colegiados, este Incluye: pegado de etiquetas, plegado y ensobrado de un elemento-* coste de las etiquetas, coste de los sobres del Colegio. Por último, estos gastos de manipulación incluyen también el coste del envío de los sobres a la oficina de correos.
- 3. Tasa en concepto de publicidad: la tasa por publicidad para cada envío es de 310 €.

La Entidad solicitante tendrá que rellenar una plantilla para la confección del presupuesto personalizado y deberá de notificar por escrito la aceptación del mismo.

El Departamento de Contabilidad del Colegio enviará la factura del total a la Entidad organizadora, y una vez quede abonada, se procederá al envío de la documentación desde la sede colegial.

* Manipulado de cada elemento adicional.

ESTÁNDAR ACEPTADO PARA LA PUBLICIDAD EN EL PORTAL DEL ICOFCV.

La contratación para la publicidad en la Web del II.lustre Col. legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana, www. colfisiocv.com, debe realizarse como mínimo por un período de tres meses, y su coste mensual es de $126 \in$.

Disponemos de dos tamaños de banner:

- 468 x 60 píxeles.
- 90 x 90 píxeles. (podrá colocar dos banners).

En el momento confirme la solicitud de este servicio de publicidad, se le enviará el contrato detallado.

SERVICIO DE E-MAILING: Consultar al Departamento de prensa y publicidad del ICOFCV

NORMATIVA PARA PUBLICITAR CURSOS EN LA PÁ-GINA WER

No se atenderá ninguna solicitud de publicitar cursos que no siga la siguiente normativa

- 1. Toda la documentación se enviará por escrito vía e-mail del 1 al 10 de cada mes.
- 2. Se remitirá la información en formato word editable (sin mayúsculas, sin subrayados, sin negrita y sin cursiva), siguiendo el siguiente formato:
 - TÍTULO DEL CURSO
 - ENTIDAD ORGANIZADORA
 - LUGAR
 - N° DE HORAS
 - DIRIGIDO A
 - FECHAS
 - PRECIO
 - CONTACTO (Télf, e-mail)
 - CURSO ACREDITADO POR (en caso de existir acreditación)
- 3. Se adjuntará en un documento aparte, el programa del curso, docentes que lo imparten y cualquier información que facilite a la Comisión de Formación la Valoración del mismo.
- 4. Se indicará claramente si el curso ya ha sido publicitado por el Colegio con anterioridad y si fuera así se tendrá que especificar si ha sufrido alguna modificación (programa, nº horas, docentes,...)
- 5. El ICOFV contestará por escrito solamente en caso de que la Comisión de Formación de su apto para publicitar el curso, adjuntando la cantidad que debe satisfacer la entidad colaboradora en concepto de publicidad.
- 6. La entidad organizadora aceptará por escrito el presupuesto, adjuntando los datos fiscales para que el departamento contable del colegio confeccione la factura correspondiente
- 7. El departamento contable del ICOFCV remitirá la factura a la entidad organizadora y cuando ésta realice el pago, se procederá a publicitar el curso en la web del ICOFCV.
- 8. El ICOFCV facilitará adjunto a la normativa un tarifario para conocimiento de las entidades interesadas en publicitar sus cursos

*Atendiendo a que la información relativa a los cursos va a publicarse siguiendo un formato estándar (el mismo sin distinción alguna para todas las entidades) y teniendo en cuenta que tampoco se concederá ningún privilegio en situar los cursos dentro de la web (todos se van a situar en el mismo apartado) el ICOFCV decide que las tarifas de publicidad para las entidades interesadas sea de: 100 €

Elisa Aguilar Departamento de prensa y publicidad del ICOFCV fisioterapialdia@colfisiocv.com 963533968/650644208

Normas de presentación de artículos en la Revista Fisioterapia al día.

El Consejo de Redacción, siguiendo los requisitos de uniformidad para las revistas biomédicas, considerará para su publicación los artículos originales, descriptivos, analíticos o prospectivos, en su vertiente teórica o aplicada, desarrollados en el ámbito general de la Fisioterapia, tanto asistencial como docente.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

El autor debe remitir el texto en formato CD especificando el procesador de textos empleado (preferentemente Word o similar).

Además enviará por correo postal el manuscrito original y dos copias impresas en papel blanco A4 (212x297 mm.), con márgenes de 25 mm, escritas solamente sobre una cara del papel a doble espacio, en todas sus secciones. La dirección de envío es: Redacción de la Revista Fisioterapia al día del Ilmo. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana. C/ San Vicente 61-2°-2°. 46002 Valencia.

El texto de los artículos se divide, generalmente, en secciones que llevan estos encabezamientos: página del título, resumen y palabras claves, introducción, material y método, resultados, discusión y/o conclusiones, bibliografía, tablas, pies de figuras y figuras. Cada epígrafe comenzará en hoja aparte y las páginas se numerarán en forma consecutiva, empezando por la del título.

PÁGINA DEL TÍTULO

La primera página contendrá:

- El título del artículo, en castellano e inglés, que será conciso pero informativo.
- Nombre y apellidos de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional.
- Nombre del departamento o departamentos y la institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
- Nombre y dirección del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito, número de teléfono y/o fax, e-mail si se dispone).

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La segunda página incluirá un resumen (que no excederá las 150 palabras de extensión), en castellano e inglés. En él se indicarán los propósitos del estudio o investigación; los procedimientos básicos que se han seguido; los resultados más importantes (datos específicos y, de ser posible, su significación estadística); y las conclusiones principales. A continuación del resumen se agregarán de 3 a 10 palabras o frases cortas clave que ayuden a los in-

dicadores a clasificar el artículo. Utilícense para este propósito los términos de la lista "Medical Subject Headings" (MeSH) del "Index Medicus".

<HYPERLINK"http://www.nlm.nih.gov/mesh/mehhome.
html" http://www.nlm.nih.gov/mesh/mehhome.html>

INTRODUCCIÓN

Expresa el propósito del artículo. No debe incluir datos ni conclusiones del trabajo que se está dando a conocer.

MATERIAL Y MÉTODO

Debe describir claramente la forma cómo se seleccionaron los sujetos observados o que participaron en los experimentos. Identificar los métodos, aparatos y procedimientos, con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

RESULTADOS

Deben ser concisos y claros, siguiendo una secuencia lógica mediante texto, tablas y figuras. No repitiéndose en el texto los datos de los cuadros o las ilustraciones, destacando o resumiendo solo las observaciones importantes.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES

Comentará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. Sin repetir con pormenores los datos u otra información, ya presentados en las secciones de introducción y resultados.

Se pueden relacionar las observaciones con otros estudios pertinentes, estableciendo el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio; absteniéndose de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos.

AGRADECIMIENTOS

Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Las referencias se numerarán consecutivamente, siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. En éste, en las tablas y en las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos (o superíndice) entre paréntesis.

Absteniéndose de utilizar los resúmenes como referencias. Sí se pueden incluir en las referencias los artículos aceptados aunque todavía no estén publicados; en este caso indique el título de la revista y añada "En prensa". EJEMPLOS DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Artículos de revistas científicas

Artículo ordinario (Incluye el nombre de todos los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, se anota solo el nombre de los seis primeros agregando "et al"):

You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 1980; 79(2): 311-314.

Libros

Individuos como autores:

Colson JH, Armour WJ. Sports injuries and their treatment. London: S Paul. 1986.

Directores o compiladores como autores:

Diener HC, Wilkinson M, editores. Drug-induced headache. New York: Springer-Verlag, 1988.

Capítulo de libro

Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganismos. En: Sodeman WA, Sodeman LA, editores. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: Saunders, 1974: 457-472.

Tesis Doctoral

Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease (Tesis Doctoral). Pittsburgh (PA): Univ of Pittsburgh, 1988.

Trabajos inéditos. En prensa

Lillywhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. Science. En prensa.

Comunicación/Ponencia en Congreso, publicado en un libro editado

Citar primer apellido e inicial del nombre de todos los autores, seguido del título y tipo de aportación (comunicación o ponencia). A continuación, citar el primer apellido e inicial del nombre de todos los editores, nombre del Congreso (que coincida con el título del libro), lugar de edición, editorial, año de edición, y páginas de inicio y final del capítulo. Ejemplo:

Diez V, Díaz Meco R, Martín Mª L, Gil D, Terol E. Desarrollo y metodología de trabajo de las unidades de Fisioterapia en A. Primaria en un área de Madrid. Comunicación oral.. En: Medina F, Valls M, Vaello H, editores. III Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria: Ponencias y Comunicaciones. Valencia: AEF Comunidad Valenciana, 1996. p. 141-142.

Comunicación/Ponencia en Congreso, no publicado en un libro editado

Si la Comunicación o Ponencia ha sido recogida en Actas del Cogreso.

Citar primer apellido e inicial del nombre de todos los autores, seguido del título y tipo de aportación (comunicación o ponencia). A continuación, citar el nombre del Congreso, lugar, días, mes, y año de celebración. Ejemplo: Kannus P. Tratamiento de las lesiones tendinosas en el atleta. Ponencia. X Jornadas Internacionales de Medicina del Atletismo. Valencia (España), 25 y 2 de febrero, 1998

TABLAS

Deben enumerarse consecutivamente con cifras arábigas, por orden de aparición en el texto; su emplazamiento debe indicarse con una llamada entre paréntesis. Cada una debe ser mecanografiada en hoja aparte y acompañada de un título, si aparecen abreviaturas no habituales deben ser precisadas específicamente.

FIGURAS

Se entenderán como figuras las fotografías, las gráficas o esquemas, ambos elementos irán numerados de forma correlativa. Las fotografías son preferibles los originales en papel de un tamaño de 9 por 12 cm., siendo importante que sean de buena calidad. Se reproducirán en blanco y negro. Los gráficos serán los dibujos originales.

En el dorso de cada figura y a lápiz debe figurar, el nombre del primer autor, título del artículo y número de la figura, se acompañarán de una leyenda o pie, a máquina y en hoja aparte, incluyendo las explicaciones suficientes para que resulten inteligibles.

No se aceptará material previamente publicado, siendo responsables los autores responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcial o totalmente texto, tablas o figuras, de otras publicaciones, citando correctamente su procedencia. Los permisos deben solicitarse tanto al autor como al editor.

TRANSMISIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR

Se incluirá con el manuscrito una carta firmada por todos los autores, declarando que se trata de un trabajo original, no publicado previamente, que en caso de ser publicado por la Fisioterapia al día, transfieren los derechos de autor, sin cuyo permiso expreso no podrán reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

INFORMACION ADICIONAL

El Comité de Redacción no comparte necesariamente las opiniones manifestadas por los autores en el artículo, no aceptando ninguna responsabilidad sobre los puntos de vista de los autores.

A la recepción del manuscrito, acusará recibo de los trabajos enviados e informará acerca de su aceptación. También se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.

Fad

























































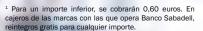








SOLO PARA PROFESIONALES



 $^{\rm 2}$ En el caso de que se agote este regalo, se sustituirá por otro de igual valor o superior.

Oferta válida para nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 700 euros.

Condiciones revisables según evolución del mercado financiero.



